

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



DE LAS "POBREZAS" A LA TRASCENDENCIA. PROGRAMA DE
DESARROLLO HUMANO-TRANSPERSONAL PARA ELEVAR LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y SUS
FAMILIARES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DOCTOR
EDUARDO LICEAGA", O.D.

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN DESARROLLO HUMANO

P r e s e n t a

BEATRIZ SOLEDAD PELCASTRE ARENAS

DIRECTOR DR. CARLOS DE LEÓN WIT
LECTORES DR. MEDARDO PLASCENCIA CASTELLANOS Y DR. DIEGO ARENAS ARANDA

México, D. F.

2014

AGRADECIMIENTOS.

AL ORIGEN DE LA CONSCIENCIA Y DE LA VIDA.

A MIS PRIMEROS MAESTROS, FELIPE Y JOSEFINA.

AL EQUIPO DOCENTE DEL "PROGRAMA PARA PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES MELLITUS Y SUS FAMILIARES, DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO", ESPECIALMENTE A LA DRA. MARIA EUGENIA VARGAS; Y A LA PSICOTERAPEUTA JOSEFINA ARENAS.

A LOS ASISTENTES AL "PROGRAMA PARA PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES MELLITUS Y SUS FAMILIARES, DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO".

AL DIRECTOR DE ESTA TESIS, DR. CARLOS DE LEON DE WIT; ASÍ COMO A LOS LECTORES DE LA MISMA, DR. DIEGO ARENAS ARANDA; Y DR. MEDARDO PLASCENCIA CASTELLANOS.

AL SEÑOR KEITH HUBBS, A MIS HERMANOS Y SOBRINOS POR SU APOYO INCONDICIONAL.

AL ASESOR CIBERNÉTICO LIC. JOSO Y AL EQUIPO TÉCNICO, LUIS GABRIEL, CONCHIS, PACO Y LU.

INDICE

RESUMEN	1
CAPITULO I	3
INTRODUCCION.....	3
1. OBJETIVO.....	3
2. POBLACIÓN	3
3. SUPUESTOS	4
4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	5
5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
6. MÉTODO.....	7
7. METODOLOGÍA	7
8. LÍMITES.....	8
9. ESTADO DEL CONOCIMIENTO	8
10. CONTENIDO GENERAL DE LOS CAPÍTULOS	11
CAPITULO II	13
EL ESCENARIO: EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO “DOCTOR EDUARDO LICEAGA” O.D	13
1. HISTORIA	13
2. INFRAESTRUCTURA.....	13
3. ASISTENCIA.....	14
4. ENSEÑANZA	15
5. INVESTIGACIÓN.....	15
6. FARMACOLOGÍA CLÍNICA.....	15
7. RECURSOS HUMANOS	16
8. FINANZAS	16
9. CALIDAD EN EL SERVICIO	16
10. NUMERALIA	17
10.1 CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA 2012.....	17
10.2 CAUSAS DE CONSULTA URGENCIAS ADULTOS.....	18
10.3 CAUSAS DE DEFUNCION URGENCIAS ADULTOS.....	19
10.4 MOTIVOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS.....	19
10.5 CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS.....	20
10.6 CAUSAS DE MORTALIDAD.....	20
10.7 TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	21
10.8 TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	21
10.9 TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.....	21
10.10 NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO.....	21
10.11 CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES.....	22
11. ASPECTOS ETICOS	22
A) DECÁLOGO DE ÉTICA	22
B) CALIDAD DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA	23
C) VALORES.....	23

D) TRATO MÉDICO AL PACIENTE.....	24
E) ESTÁNDARES DE TRATO SOCIAL.....	26
12. PROGRAMAS DE APOYO	27
13. DEBILIDADES DEL HOSPITAL GENERAL	28
14. OPORTUNIDADES EN EL HOSPITAL.....	29
15. ÚLTIMAS CIFRAS.....	29
CAPÍTULO III	31
LA DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SALUD	31
A) DESDE LA PERSPECTIVA Y EL LENGUAJE MÉDICO.....	31
1. SIGNIFICADO.....	31
2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	31
3. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA.....	32
4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	34
4.1 PRUEBA DIAGNÓSTICA: LA CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA	35
5. TIPOS CLÍNICOS DE DIABETES MELLITUS.....	36
DIABETES MELLITUS TIPO 1	36
DIABETES MELLITUS TIPO 2	37
OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES.....	37
A) DEFECTOS GENÉTICOS DE LA FUNCIÓN DE LA CÉLULA BETA	37
B) DEFECTOS GENÉTICOS DE LA ACCIÓN DE LA INSULINA.....	37
C) ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS EXÓCRINO	38
D) ENFERMEDADES ENDÓCRINAS	38
E) DIABETES INDUCIDA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS Y MEDICAMENTOS	38
F) INFECCIONES.....	38
G) FORMAS POCO COMUNES DE DIABETES MEDIDO POR EL SISTEMA INMUNOLÓGICO....	39
H) OTROS SÍNTOMAS GENÉTICOS	39
DIABETES GESTACIONAL.....	39
6. PATOGENIA.....	39
DIABETES MELLITUS TIPO 1	39
DIABETES MELLITUS TIPO 2	40
7. ESCRUTINIO DE DIABETES EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS.....	41
8. LA ACCIÓN FUNDAMENTAL DE LA INSULINA	42
9. RESISTENCIA A LA INSULINA.....	42
10. HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN INICIAL DE LABORATORIO	44
11. COMPLICACIONES	48
12. HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	49
13. OBJETIVOS TERAPEÚTICOS.....	50
14. TRATAMIENTO.....	52
14.1MEDICAMENTOS	52
I. SECRETAGOGOS	52
II. MEJORAN RESISTENCIA A LA INSULINA	54
III. INHIBIDORES DE ABSORCIÓN DE GLUCOSA.....	54
IV. INSULINAS.....	55
TIPOS.....	56
PROCEDIMIENTO	56

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO	57
14.2 PLAN SANO DE ALIMENTACIÓN	58
14.3 EJERCICIO	61
14.4 MANEJO EMOCIONAL Y DEL ESTRÉS	63
B) DESDE LA EXPLICACIÓN Y LENGUAJE POPULAR	64
1. ¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS	64
2. ¿CÓMO SE PRODUCE LA DIABETES MELLITUS?	65
3. SÍNTOMAS	67
4. CAUSAS	67
5. COMPLICACIONES CRÓNICAS	67
C) COSTOS	68
D) LA DIABETES MELLITUS EN EL MUNDO	69
E) LA DIABETES MELLITUS EN MÉXICO	70
F) ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN DIABETES MELLITUS	72
1 DEFINICIONES	72
2 ADHERENCIA SEGÚN TIPO DE DIABETES	73
3 UNA RECOMENDACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO	74
4 FACTORES QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA	74
5 EFECTOS DE LA NO ADHERENCIA	75
G) ULTIMAS CIFRAS DE DIABETES MELLITUS EN MÉXICO	75
CAPÍTULO IV	77
DE LAS NECESIDADES A LAS “POBREZAS”	77
1. TIPOS DE NECESIDADES SEGÚN GONZÁLEZ	77
2. NECESIDADES ALTERADAS POR LA DIABETES MELLITUS	78
3. TIPOS DE NECESIDADES SEGÚN DE LEÓN	79
4. JERARQUÍA Y DINÁMICA DE NECESIDADES SEGÚN MASLOW	81
5. ESTRUCTURA DE NECESIDADES SEGÚN PELCASTRE	83
6. FRUSTRACIÓN DEL DIABÉTICO Y MÉTODO ONTOGÓNICO	84
7. DE LAS NECESIDADES A LOS DERECHOS	85
7.1 DERECHOS DEL SER, SEGÚN DE LEÓN	85
7.2 DERECHOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	86
7.2.1 DIEZ DERECHOS DE LOS PACIENTES	86
7.2.2 DIEZ DERECHOS DEL MÉDICO	86
8. RESPUESTAS AL ESTRÉS PROVOCADO POR CARENCIAS O “POBREZAS”	87
9. EL ORIGEN DEL CONCEPTO “POBREZAS”:	
MAX-NEEF Y EL “DESARROLLO A ESCALA HUMANA”	88
10. PRINCIPALES CONCEPTOS DEL “DESARROLLO A ESCALA HUMANA”:	
“SATISFACTORES”, “POBREZAS”, “PATOLOGÍAS”	89
10.1.SATISFACTORES	90
10.2.POBREZAS	92
10.3.PATOLOGÍAS	93
11. MATRIZ DE NECESIDADES DE MAX-NEEF	94

CAPÍTULO V97

LA TRASCENDENCIA COMO RECURSO Y MÉTODO	97
1. DEFINICIONES	98
2. AUTORREALIZACIÓN Y TRASCENDENCIA	98
3. LOS TREINTA Y CINCO MODOS DE TRASCENDENCIA SEGÚN MASLOW	101
4. LOS FUNDAMENTOS DE LA TRASCENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA	107
4.1. EL APORTE DE LA PSICOSÍNTESIS.....	107
4.1.1. CONCEPTO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO DE LA NATURALEZA HUMANA	108
4.1.2. UNA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD	109
4.1.3. UNA METODOLOGÍA CON TÉCNICAS Y PRÁCTICAS PSICOTERAPEÚTICAS.....	110
4.2. CONCIENCIA Y FUNCIONAMIENTO CEREBRAL	113
4.2.1. TEORÍA DEL CEREBRO TRIÚNICO.....	113
4.2.2. TEORÍA DUALISTA.....	113
4.2.3. TEORÍA DE LAS SIETE INTELIGENCIAS.....	115
4.2.4. TEORÍA DEL FUNCIONAMIENTO HOLOGRÁFICO.....	115
4.3. ASPECTOS DE LA CONCIENCIA: DIMENSIONES, VEHÍCULOS, ESTADOS, NIVELES Y TERAPIA	116
4.3.1. DIMENSIONES DE LA CONCIENCIA SEGÚN MAHAMUDRA	116
4.3.2. VEHÍCULOS DE CONCIENCIA SEGÚN DE LEÓN	117
4.3.3. ESTADOS DE CONCIENCIA SEGÚN KRIPPNER Y DE LEÓN	117
4.3.4. NIVELES DE CONCIENCIA Y TERAPIAS RESPECTIVAS SEGÚN WILBER.....	120
4.3.5. NIVELES DE LA CONCIENCIA SEGÚN DE LEÓN.....	121
5. NUEVA MATRIZ DE NECESIDADES, SEGÚN PELCASTRE	122
6. LOS EFECTOS DE LA TRASCENDENCIA, SEGÚN GRINBERG	125
7. UN MÉTODO PARA LA TRASCENDENCIA, SEGÚN GRINBERG	127

CAPÍTULO VI129

CALIDAD DE VIDA.....	129
1. UN CAMPO INTERDISCIPLINARIO Y UN CONCEPTO MULTIFACTORIAL	129
2. DEFINICIONES DEL CONCEPTO “CALIDAD DE VIDA	131
3. MEDICIÓN E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA	133
4. CALIDAD DE VIDA EN EL ÁREA DE LA SALUD	134
5. ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS.....	135
5.1. FACTORES DE ESTRÉS PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL.....	135
5.2. FACTORES DE ESTRÉS EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS.....	137
5.3. TENDENCIAS EN RESPUESTAS COGNITIVO-EMOCIONALES FRENTE AL ESTRÉS.....	137
6. FACTORES SUBJETIVOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	138
6.1. LAS PARADOJAS EN MEDICIONES DE CALIDAD DE VIDA.....	139
6.1.1. LA PARADOJA DEL CRECIMIENTO INFELIZ.....	140
6.1.2. LA PARADOJA DE LAS ASPIRACIONES.....	140
6.1.3. LA TEORÍA DE LAS DISCREPANCIAS MÚLTIPLES	141
6.1.4. LA PARADOJA DEL CONFORMISMO	141
6.2. LAS MEDIDAS DE LA PRIVACIÓN EN CALIDAD DE VIDA	141
6.3. LA “SATISFACCIÓN CON LA VIDA” COMO CONCEPTO MULTIDIMENSIONAL	142
6.4. LA “SATISFACCIÓN CON LA SALUD” COMO FACTOR EN LA SATISFACCIÓN GENERAL....	145
6.5. LA IMPORTANCIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA .	149

6.6. UN CASO DE MEDICIÓN RESPECTO A LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LOS CIUDADANOS: LA ENCUESTA REFORMA SOBRE CALIDAD DE VIDA	149
6.7. DIABETES Y CALIDAD DE VIDA EN LA CIUDAD DE MÉXICO	150
CAPÍTULO VII	151
CALIDAD EXCEPCIONAL DE VIDA (CÁLEVI) COMO AGENTE E INSTRUMENTO PARA LA TRASCENDENCIA	
1. UNA ASOCIACIÓN CIVIL COMO AGENTE PARA LA TRASCENDENCIA.....	151
2. UNA METODOLOGÍA COMO INSTRUMENTO PARA LA TRASCENDENCIA.....	152
2.1. EL CONTEXTO SOCIAL.....	153
2.2. EL NUEVO PARADIGMA DE LA SALUD	154
2.2.1. O. CARL SIMONTON	154
2.2.2. BERNIE SIEGEL.....	156
2.3. ONTOGONÍA.....	160
2.3.1. DEFINICION	160
2.3.2. PRINCIPIOS DE COSMOGONÍA ONTOGÓNICA	160
2.3.3. NIVELES DE REALIDAD.....	163
2.3.4. PROCESO DE MUERTE.....	166
2.3.4.1. APORTACIÓN DE RING Y ECM.....	166
2.3.5. OBSTÁCULOS AL CRECIMIENTO	168
2.3.6. PRINCIPIOS DE PSICOTERAPIA ONTOGÓNICA.....	169
2.3.7. DZOGCHEN Y AUSENCIA DE REALIZACIÓN DE VERDADERA NATURALEZA	170
2.3.8. METAS Y NIVELES EN PSICOTERAPIA	173
3. CONTENIDOS Y TEMARIOS DE CÁLEVI	173
CAPÍTULO VIII	175
UNA INTERVENCIÓN EN DESARROLLO HUMANO-TRANSPERSONAL PARA ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA TRASCENDENCIA:	
EL PROGRAMA DE APOYO PARA EL PACIENTE AMBULATORIO CON DIABETES MELLITUS Y SUS FAMILIARES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DOCTOR EDUARDO LICEAGA” O.D	
1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	175
2. ASPECTOS HISTÓRICOS	177
3. LA FACILITADORA.....	178
4. TEMAS	180
5. SESIÓN TIPO	180
6. METODOLOGÍA	181
7. AUTOEVALUACIÓN DEL PARTICIPANTE EN RELACIÓN A SU CALIDAD DE VIDA	181
8. EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL USUARIO RESPECTO AL PROGRAMA	183
CAPÍTULO IX	187
CASOS.....	
1	187
2	188
3	189
4	193

5	196
6	197
7	198
8	200
9	201
10	202
11	203
12	209
13	212
14	214
15	216
16	219
17	229
18	231
19	233
20	236
21	237
22	238
23	239
24	240
25	245
26	247
27	252
28	270
29	271
30	276
31	277
32	278
33	279
34	279
35	280
36	288
37	292
38	293
39	294
40	295
41	296
42	298
43	301
44	307
45	309
46	310
47	31
48	313
49	314
50	315
51	317
52	318

53	319
54	321
55	321
56	329
57	332
58	336
59	338

CAPÍTULO X	341
-------------------------	------------

CONCLUSIONES.....	341
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	353
--------------------------	------------

ANEXOS.....	365
--------------------	------------

RESUMEN.

Tradicionalmente los programas de apoyo a pacientes que se implementan en hospitales, tienden a privilegiar la educación en salud; principalmente para lograr adhesión al tratamiento. El **programa** que vamos a presentar va más allá de promover la adhesión al tratamiento; pretende **eleva**r la **calidad de vida** a través de acompañar al **paciente con diabetes mellitus y sus familiares**, en el proceso que va de la exploración de sus **“pobrezas” a la trascendencia**. De tal forma que la calidad de vida, conformada por aspectos objetivos así como percepciones subjetivas, se mejora porque los participantes no sólo se adhieren al tratamiento, sino que experimentan la trascendencia y resignifican su vida. Y no sólo la experimentan, sino que aprenden empíricamente un método para seguir permanentemente cultivando la trascendencia en y por sí mismos.

Este programa se realiza en el **Hospital General de México** “Doctor Eduardo Liceaga”, O.D. y es **altamente eficiente** en resultados. Tan eficiente es, que resultó premiado por la Secretaría de Salud. Conociendo esto, queríamos descubrir **cómo y por qué funciona** el programa. Así que el objetivo era **revisar, desde el lenguaje y la cotidianidad de los participantes**, su experiencia de vida en relación a “las pobrezas” (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998) es decir, a las carencias de sus necesidades. Y no sólo eso, sino documentar y observar como “siempre que hay una pobreza, surge una potencialidad” (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998). Y en este caso, las pobrezas pueden ser trascendidas según treinta y seis criterios (Maslow, 2006). Las múltiples formas de trascendencia pueden ser realizadas a través de una visión de desarrollo humano-transpersonal inspirada en Ontogonía (De León, 2003) y con la aportación de perspectivas médicas como la de Simonton (1993), Siegel (1990), y otros investigadores de la conciencia.

Cómo se realiza este proceso; qué implicaciones tiene en el complejo tránsito de salud-enfermedad en el caso de la diabetes; y qué efectos conlleva para elevar la calidad de vida, no sólo del paciente sino de sus familiares en el Hospital General de México; son parte de los cuestionamientos que esta tesis pretende responder y que, a través del **registro y análisis de casos**, se efectúan.

Describir el programa, las percepciones de los participantes y su proceso hacia la trascendencia, la perspectiva de los facilitadores, el evento y el ambiente hospitalario donde se realiza, son las metas del presente escrito, producto de una investigación **cualitativa** efectuada entre **julio y diciembre de 2012**.

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN.

Esta tesis aborda la posibilidad humana de ir más allá de las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales de individuos y grupos, para aprender de las circunstancias vitales propias y ajenas.

Este aprendizaje no sólo incrementa la capacidad de optar (libertad); sino la de observar visiones de realidad más completas y complejas, incrementando la conciencia (capacidad de darse cuenta) del individuo.

Es desde esta plataforma donde el ser humano puede transformar voluntariamente su realidad y liberar sus ataduras físicas, emocionales, mentales, sociales y espirituales.

1. OBJETIVO.

En este caso particular, el objetivo del estudio se centró en las interacciones entre el personal de salud y un grupo de pacientes con diabetes mellitus y sus familiares, en una experiencia estructurada llamada “Programa de apoyo para el paciente ambulatorio con diabetes mellitus y sus familiares” en el Hospital General de México “Dr.Eduardo Liceaga” O.D. (antes Hospital General de México).

La observación detectó el proceso generado en los pacientes, desde la exploración de sus carencias económicas, educativas, biológicas, afectivas, mentales, culturales, etc, llamadas “pobrezas”, (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998) hasta la capacidad de búsqueda de alternativas y transformación de hábitos, sentimientos, actitudes, creencias, y relaciones para, finalmente, elevar su calidad de vida.

2. LA POBLACIÓN.

La **población** que acude al “Programa para pacientes ambulatorios con diabetes mellitus y sus familiares” del Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga” O.D. (Organismo Descentralizado), es básicamente población adulta, de ambos géneros, que no está hospitalizada, en uso de sus facultades mentales, mexicana, mayoritariamente urbana, con grado de escolaridad promedio de primaria, y con ingresos correspondientes a clase baja.

Por lo que se refiere a la diabetes, varía el número de años con el padecimiento diagnosticado, desde recién enterados hasta 20 años. También se observan variantes en el grado de adhesión al tratamiento, desde pacientes muy disciplinados hasta otros cuyos estilos de vida los han llevado a repetidas hospitalizaciones y complicaciones.

Los **objetivos institucionales** para el programa, enfatizan:

1. la adhesión o adherencia al tratamiento, para posponer el avance del padecimiento y preservar la calidad de vida del diabético.

2. la prevención en sus familiares y amistades, para reducir la incidencia y prevalencia de diabetes.

Los **objetivos** particulares del programa, desde la perspectiva **de los facilitadores** son:

1. Informar al participante las características básicas de la diabetes: descripción, tipos, síntomas, efectos, tratamiento farmacológico, complicaciones.
2. Informar al participante sobre el tratamiento no farmacológico: dieta, ejercicio, manejo del estrés y manejo emocional en general, visualización, meditación, oración, y búsqueda de apoyo social.
3. Desarrollar habilidades en el participante como: automonitoreo de niveles de glucosa, automonitoreo de presión arterial, autocuidado como revisión de pies, ojos, autoaplicación de dosis de insulina, elaboración de menús de acuerdo a sus características personales, práctica de ejercicios físicos y estiramientos, reconexión con su vida emocional, expresión y descarga emocional, revisión de sistemas de creencias, autoobservación, reconexión verbal, práctica de visualización, meditación, oración y capacidad de búsqueda de apoyo social.

Mientras que algunas opiniones institucionales podrían suponer que la adherencia al tratamiento puede ser lograda básicamente mediante la información, la realidad es que, por lo menos en el caso que nos ocupa, la simple **difusión informativa no da resultado para modificar estilos de vida, hábitos y actitudes** del paciente y sus familiares. Ni siquiera la amenaza de los “terribles riesgos o complicaciones futuras” es suficiente para generar la autorresponsabilidad y autocuidado del paciente.

3. SUPUESTOS.

Básicamente, y en ello radica **el éxito de esta intervención**, es necesario:

1. Generar un nexo significativo entre el personal de salud y el paciente y sus familiares.
2. Lograr un espacio de confianza libre, voluntario, estable, constante e incondicional. Este grupo tiene 16 años de existencia, es gratuito y no requiere de citas previas, es abierto a toda la población y no sólo a los pacientes del hospital, no sólo es para enfermos de diabetes o para familiares de diabetes, no es obligatorio, no condiciona ni excluye a persona alguna.
3. Traducir la terminología médica a elementos lingüísticos que sean comprensibles para el público en general, con bajos niveles de escolaridad.
4. Promover el desarrollo de habilidades emocionales y de pensamiento lógico.
5. Realizar intervenciones que promuevan la autoestima, la autenticidad, el autorrespeto y respeto a otros, la responsabilidad personal, familiar y social, la comunicación asertiva y la capacidad de escucha.
6. Compartir la cultura institucional: trámites requeridos para acceder los servicios del hospital, usos y costumbres de la institución, recursos alternos, etc.
7. Despertar la conciencia del participante, respecto a las posibilidades que su proceso de desarrollo permanente tiene sobre su vida espiritual.

Esto ha generado, al menos en el caso que nos ocupa, la elevada adherencia al tratamiento de los asistentes al programa; así como la permanencia, durante 16 años, de esta intervención.

4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Los costos cada vez más elevados de la asistencia médica para la población mexicana, así como los limitados recursos financieros, materiales y humanos, hacen indispensable promover la prevención en aspectos sanitarios, así como la cultura del autocuidado. Y una vez detectados los problemas de salud, es indispensable fortalecer estrategias para lograr en los pacientes la adecuada adhesión al tratamiento.

Actualmente una de las principales afecciones de salud, es la **diabetes mellitus**. Esta es una enfermedad considerada crónica (permanente), progresiva (que produce alteraciones fisiológicas cada vez mayores) y hereditaria para la raza latinoamericana (quien posee una carga de predisposición genética). No sólo es un padecimiento que afecta a una amplio sector de la población, ubicándose como una de las primeras causas de muerte entre los adultos; sino que al no ser adecuadamente atendida invalida total o parcialmente a generaciones adultas productivas.

Las complicaciones asociadas son, entre otras, el llamado “pie diabético”, que puede derivar en amputaciones de los miembros inferiores; insuficiencia renal crónica; glaucoma y ceguera, etc que significan pérdidas económicas por atención, invalidez y malgasto de horas-hombre en edades productivas.

Para el enfermo y su familia implican costos cada vez más elevados de atención médica, una creciente inversión de tiempo y energía en su tratamiento e incremento del estrés personal y familiar. Por otro lado, el crecimiento geométrico de este padecimiento implica una presión cada vez mayor sobre el sistema sanitario, por la inmensa demanda de servicios. Mientras tanto, la calidad de vida de la población afectada, disminuye significativamente.

Por ello resulta indispensable propiciar **la educación de pacientes y sus familiares, que derive en la mejora de la calidad de vida de ambos.**

En este sentido, los grupos de autoayuda y los programas de apoyo a pacientes y familiares se han convertido en estrategias viables para grandes poblaciones, que no tienen la posibilidad de ser orientados, atendidos o acompañados por el personal de salud, debido a las enormes cargas de trabajo en sus jornadas habituales.

Respecto a grupos y programas de apoyo, existen distintas modalidades, que han probado ser eficientes en grados diversos. Los más conocidos son los que atienden a enfermos alcohólicos y familiares, adictos a sustancias alucinógenas, a neuróticos, comedores compulsivos, etc, basados en el “Programa de los doce pasos”. Por otro lado, observamos que dentro de instituciones públicas y privadas de salud, han florecido grupos de autoayuda para pacientes con cardiopatías (Grupo Miocardio, del IMSS), con cáncer de distintos tipos (Instituto Nacional de Cancerología), obesidad (Instituto Nacional de Nutrición), Parkinson, etc. Debido a la gran demanda, algunas instituciones apoyan grupalmente a enfermos de distintos padecimientos como obesidad, diabetes, hipertensión.

(Centros de Bienestar del IMSS). Finalmente existen opciones de acompañamiento tanatológico en diversas modalidades, dentro y fuera de hospitales,

El Programa de apoyo al paciente ambulatorio con diabetes mellitus y sus familiares, que ha funcionado durante 16 años ininterrumpidos en el Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga” O.D., ha demostrado su elevada eficiencia y efectividad, en comparación con otros modelos de atención.

Este programa funciona en el área de Consulta Externa de la mencionada institución y su éxito lo llevó a ser reconocido por la Secretaría de Salud como el más eficiente de todas las experiencias grupales de apoyo a pacientes y familiares con diabetes mellitus del país.

Mientras que algunos grupos de autoayuda se enfocan básicamente en el apoyo emocional y otros enfatizan la información para promover la adhesión o adherencia al tratamiento, este modelo promueve el desarrollo personal **a través de la trascendencia**.

Esta característica logra que el participante (tanto el paciente como el familiar, e incluso el personal de salud) no sólo obtengan información sino que desarrollen habilidades en relación a:

- a) La diabetes mellitus y sus efectos nocivos en la calidad de vida del afectado.
- b) El autocuidado.
- c) Los modos en que la familia es afectada por el problema de salud del (la) diabético (a).
- d) Las formas en que el grupo familiar puede apoyar al paciente.
- e) Los recursos internos que toda persona, especialmente pacientes y familiares pueden utilizar para trascender sus “pobrezas”, en tanto limitantes al desarrollo personal.

Este último aspecto resulta especialmente importante porque más allá del problema de salud y del efecto positivo esperado para adherirse al tratamiento; los participantes del programa no sólo incrementan sus niveles de conciencia sino que pueden ser agentes reproductores, tanto en sus familias como en sus comunidades, de una nueva y más amplia perspectiva sobre sí mismos y sobre la existencia en general.

Asimismo, y en concordancia con la estrategia nacional para la prevención y control de la obesidad y la diabetes, el programa objeto de esta tesis coadyuva a la educación de la salud, permitiendo la reconexión de los participantes con su cuerpo, promoviendo hábitos saludables y favoreciendo la calidad de vida.

Dentro del mismo Hospital, existen otros grupos de apoyo, pero no han resultado tan exitosos como el dirigido a los diabéticos y sus familiares, y creemos que el énfasis en la trascendencia ha hecho la diferencia. Sin embargo, los distintos grupos que funcionan ahí, comparten algunos problemas y obstáculos para su funcionamiento y el logro de sus objetivos.

Considerando que el **Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga” O.D.** atiende principalmente al sector socioeconómico más necesitado de la población, la labor de prevención y educación para la salud se dificulta debido al nivel de escolaridad general que es de primaria o

secundaria. Los médicos no suelen hablar en lenguaje accesible a todo público y se olvidan que el uso de tecnicismos desalienta u obstaculiza la comunicación entre ellos y sus pacientes.

Por ello, las funciones de educación, orientación, apoyo, recreación y promoción para el incremento de conciencia popular, del Programa en estudio, resulta especialmente importante.

De las conclusiones obtenidas podrán beneficiarse otras experiencias de educación popular para la salud. Las bases de la metodología pueden adaptarse a otras instituciones y otro tipo de padecimientos.

5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Sabemos que el programa funciona, pero

¿por qué funciona?

¿Cómo funciona?

¿Cuáles son las características que posibilitan que un programa mixto (con intervención institucional y externa a la institución) funcione?.

6. MÉTODO.

Cualitativo.

7. METODOLOGÍA.

Para **obtener la información** de campo, asistimos durante cuatro meses y medio (julio a mitad de diciembre del 2012), todos los martes y jueves de 9 a 11 am, a las sesiones del Programa para Pacientes Ambulatorios con Diabetes Mellitus y sus Familiares, en el Hospital General.

Con autorización de las autoridades responsables del Programa y de los asistentes, **registramos** las sesiones taquigráficamente, y las transcribimos.

Para el **análisis**, elegimos como categoría central “las pobrezas” y el tránsito hacia la trascendencia. Para ello aplicamos una matriz de necesidades creada por esta autora pero basada en la Matriz de necesidades de Max-Neef (1998), y enriquecida con la aportación de estructuras de necesidades de otros autores: González (1989) y De León (2003).

Esto nos permitió **clasificar** las “pobrezas” (o tipos de carencias) de la población en estudio, tal y como cada participante las verbalizaba. También descubrimos los tipos de “satisfactores” de Max-Neef (1998) que fueron relatados por los asistentes, y que nos permitieron **comprender** los conflictos y contradicciones que los usuarios del Hospital viven.

Una vez detectadas las pobrezas, utilizamos los diversos criterios de trascendencia de Maslow (2006) y mencionamos la dinámica que permitió a distintos pacientes y familiares,

transitar de sus “pobrezas” a los distintos modos de “trascendencia”. La perspectiva del metamodelo de Ontogonía, (De León, 2003) y (De León, 2013) nos permitió comprender los simples y a la vez complejos procesos de la conciencia y de la energía personal, que nos permiten llegar a la trascendencia. Ontogonía también nos proveyó de un mapa para **integrar** la visión de distintos estudiosos al respecto.

Algunas herramientas destacadas para transitar hacia la trascendencia son: el método dialéctico, o el proceso de identificación-desidentificación continuo de Assagioli, (González, 2005) (Morales y Mora, 1991), la reconexión emocional de De León, (2003) los procesos integrativos de Wilber, (1988) las visualizaciones de Siegel(1990) y De León (2010) las relajaciones de Simonton(1993) y De León (2010) la meditación autoalusiva (Grinberg, 1990), los ejercicios de Calevi, (Domit, 1992) y en general, procedimientos explorados por la psicología transpersonal básicamente.

De acuerdo a la verbalización de los pacientes y familiares, estas herramientas permiten elevar la calidad de vida de los participantes en dos sentidos: objetivamente porque al adherirse al tratamiento, mejoran sus condiciones de salud; y subjetivamente porque su satisfacción con la vida se eleva.

En relación a la persona que desempeña el rol de facilitadora de este proceso, Jacobo Grinberg (1990, p 112) explica neurofisiológicamente cómo la conciencia de un individuo impacta el desarrollo de la conciencia individual y colectiva en un grupo. Y, aunque existe una tendencia social que enfatiza la importancia de grupos autogestivos, es necesario mencionar que en este caso, sin la presencia perseverante, empática (modo “psicológico” de acercarnos a la noción del amor) y congruente de la facilitadora o conductora de las sesiones, este grupo no hubiera podido mantenerse durante dieciséis años.

La **presentación** de la investigación de campo se realizó en cincuenta y nueve fragmentos o “casos”, que no tienen la misma extensión, sino que fueron concebidos como unidades que muestran algún aspecto específico a resaltar.

Como resultado de este trabajo, pudimos **concluir** algunas tipologías del paciente, detectar “barreras al tratamiento”, estilos médicos, etc.

8. LÍMITES DEL ESTUDIO.

Las conclusiones de este escrito son válidas para la población mexicana de adultos de clase baja y media baja, con enfermedades crónicas o sanos, básicamente provenientes de poblaciones urbanas, de escolaridad primaria y/o secundaria o incluso que no saben escribir; que hablan español y en uso de sus facultades mentales.

9. ESTADO DEL CONOCIMIENTO.

Investigadores como González y Ham-Chande (2007, p S449, S458) afirman que el significado social de la enfermedad en la población mexicana ha cambiado de ser un proceso agudo y transitorio resuelto por curación o muerte; a un estatus crónico con carga psicológica, social y

económica. Por esto recomiendan la prevención sanitaria en todos los grupos de edad. En el caso de la tercera edad, coinciden con la Organización Mundial de la Salud, que promueve el envejecimiento activo para extender la calidad, productividad y esperanza de vida.

Según Wong, Espinoza y Paltoni (2007, p S439) al entrevistar a individuos sobre su autoevaluación de la salud (no la satisfacción de salud), los autorreportes sobre condiciones de salud personal son más relevantes para los entrevistados, que sus síntomas, estado funcional, estilo de vida, condiciones de depresión, dolor o estado cognitivo. Asimismo, en el grupo poblacional mexicano entre 50 y 59 años, la diabetes mellitus fue reportada por el 15% de la población, por encima de cáncer, embolia cerebral, enfermedades pulmonares o del corazón.

Para Ruiz- Pantoja y Ham- Chande (2007, p S497, S499, S501, S502) generalmente el nivel de escolaridad del individuo se relaciona favorablemente con su salud. Ellos encontraron que a mayor escolaridad, la diabetes mellitus se reducía hasta en 45%. Respecto al estado civil, los hombres casados presentaban un 44% más de diabetes que los solteros. Por otro lado, la diabetes masculina duplica su probabilidad de aparición, si previamente existe hipertensión arterial; asimismo, existe riesgo de tener hipertensión arterial dos veces más en diabéticos que en no diabéticos. Estos investigadores concluyen que, dado que la salud en la infancia provoca mejor salud en la vejez, es un reto mejorar la calidad de la salud y condiciones de vivienda desde la infancia para mejorar la vejez.

En la perspectiva de Salgado y Wong (2007, p 7) la pobreza que rodea a ancianos y ancianas en zonas urbanas marginadas deteriora su estado de salud, que combina afecciones crónico-degenerativas e infecciosas. Mencionan que la disponibilidad de servicios de salud y sociales es mayor en las zonas urbanas que en rurales. No obstante, un alto porcentaje de la población marginada, no tiene acceso a esos servicios. Las barreras al acceso durante la vejez pueden ser individuales (analfabetismo), sociales (falta de apoyo familiar) o institucionales (no son derechohabientes). Por otro lado, en el contexto de la pobreza urbana, la satisfacción de las necesidades primarias es lo prioritario, dejando la atención y cuidados de la salud en segundo plano. Las autoras confirman que la vejez es una etapa de soledad, abandono y pérdidas, acentuados en las condiciones de pobreza.

Ettinger et al (1994) evaluó a 3 654 pacientes mayores de 65 años de edad y encontró que la causa más frecuente de deterioro funcional fue la enfermedad osteomuscular, seguida de la diabetes mellitus, en ambos sexos.

Casi diez años más tarde, en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2003, la diabetes mellitus se asoció con dependencia funcional severa y moderada en actividades básicas; así como dependencia severa en actividades instrumentales.

De acuerdo con Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 103), cuatro condiciones pueden explicar las percepciones subjetivas de salud individual:

1. Algunas condiciones de salud no son física ni visualmente perceptibles hasta que la enfermedad llega a etapas muy avanzadas. Este es el caso de algunos tipos de diabetes mellitus.

2. Los procesos mentales del individuo interpretan más o menos atinadamente su estado de salud.
3. La percepción de salud es también comparativa; cómo están o se sienten algunas personas depende de los puntos de referencia (personas o problemas de salud) con los que se comparen.
4. Las percepciones están sujetas a la influencia de la cultura y el idioma de la persona.

Respecto a la relación que el médico establece con el paciente y su familiar, Martín del Campo et al (2012), investigaron cómo transmiten las malas noticias los médicos especialistas del Hospital General de México, a los enfermos terminales o a su familia. Observaron que la comunicación de malas noticias (aquellas que afectan drásticamente y negativamente la perspectiva de vida del paciente), altera al médico. Después de aplicar 227 cuestionarios a 227 médicos de ambos sexos, que participaron voluntariamente, descubrieron que el 80% de los médicos no recibieron educación para dar malas noticias, lo que es frecuente en su actividad. Los propios médicos pidieron formación al respecto.

En cuanto a grupos de apoyo para diabéticos, Seevers (1991) estudió los elementos responsables de la eficacia de grupos de apoyo social en pacientes diabéticos y confirmó que debe existir participación profesional (enfermeras, médicos, dietistas, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas o psicoterapeutas), por lo menos al inicio de la conformación del grupo.

Langewitz, Wossmer, Iseli, y Berger (1997) trabajaron con un programa de automanejo que incluye el control de los niveles de azúcar en sangre en individuos con diabetes. Además de enseñarles aspectos básicos sobre la diabetes, practicaron estrategias de afrontamiento, ejercicio, e ingesta de comidas con diversos niveles de hidratos de carbono y tuvieron éxito en el corto plazo.

Asimismo, Glasgow, Boles, McKay, y Barrera (2003), evaluaron un programa de automanejo para el control de la diabetes denominado "Diabetes Network", de Internet. En el corto plazo fue adecuado y mejoró la salud de los usuarios, pero no a mediano y largo plazo.

Encontramos algunas coincidencias con las estrategias y dinámicas del grupo estudiado en esta tesis, y la descripción de Higuera et al (2012). Ellos estudiaron el modelo del grupo de apoyo con enfoque generativo; y su aplicación en personas afectadas por el conflicto armado en Colombia. La intervención grupal tenía como objetivo la potenciación e identificación de recursos internos en los participantes de los grupos. Enfatizaba la construcción de alternativas de futuro. Esta intervención a través de grupos de autoapoyo busca crear y fortalecer vínculos sociales significativos y significantes, de manera que proporcionen soporte a las personas frente a situaciones de crisis o de los que requieran ampliar la comprensión. El enfoque generativo se basa en diálogos que desarrollan significados a partir de la experiencia y la construcción conjunta entre persona y terapeuta, siempre a partir de las experiencias de aprendizaje y éxito.

10. CONTENIDO GENERAL DE LOS CAPÍTULOS.

Capítulo I. Contiene una **introducción** donde se plantean los aspectos académicos básicos como el tema de estudio, las preguntas de investigación, los objetivos, justificación e importancia del tema; los supuestos, delimitaciones y limitaciones del estudio. Asimismo, la metodología de esta investigación cualitativa; un breve marco teórico y el estado del conocimiento.

Capítulo II. Presenta los aspectos más relevantes del escenario donde se sitúa la experiencia estudiada. En efecto, describir la historia, recursos materiales y humanos; así como productos de investigación, enseñanza y asistencia a través de estadísticas; (Navarro, 2012) nos da una idea de la magnitud, importancia y limitaciones del **Hospital General** de México “Doctor Eduardo Liceaga”. O.D. Por otro lado, nos permite enmarcar los usos y costumbres hospitalarias a través de la perspectiva ética. Igualmente, nos da un primer acercamiento estadístico a la problemática sanitaria de la diabetes mellitus.

Capítulo III. Describe las características de la enfermedad conocida como **“diabetes mellitus”**, desde dos perspectivas distintas: la del médico especialista y la del público en general. Esta doble visión es indispensable para ubicar uno de los problemas más complejos en la educación para la salud: hacer accesible la información al paciente y familiares con bajo nivel educativo. También contiene información respecto al tratamiento integral de la diabetes mellitus, (Lerman, 2011) adherencia terapéutica y costos del medicamento, así como algunas cifras que dimensionan el problema de la diabetes en México (Ensanut, 2012) y el mundo.

Capítulo IV. Desarrolla un marco teórico que deriva en la comprensión de las **“pobrezas”** como categoría central del análisis cualitativo. Partiendo de conceptos como “necesidades”, “carencias”, “derechos”; llega a conceptos como “pobrezas”, “satisfactores”, “patologías”, y a la estructura llamada “matriz de necesidades”, a partir de las cuales pueden conocerse diversos tipos de pobrezas. Con este propósito, revisa propuestas teóricas de distintos autores como González (1993) y (2005), De León, (2003) y (2013), Maslow (2006), Keleman (1997), la de esta autora, y sobre todo la de Max-Neef (1998), dentro de su visión del llamado “Desarrollo a Escala Humana”.

Capítulo V. Este es uno de los capítulos más importantes para fundamentar y entender las bases del programa de desarrollo humano-transpersonal, que se estudia en esta tesis. En efecto, la **trascendencia** es la meta y el medio que se promueve en el grupo de apoyo a pacientes y sus familiares. Por lo tanto, aquí se define el concepto “trascendencia”; se describe la personalidad que favorece la manifestación de ella (Jourard et Landsman, 1994); se enumeran los treinta y cinco modos de trascendencia según Maslow (2006); se desarrollan los fundamentos de la trascendencia desde la visión de la psicología, retomando distintos autores como Assagioli, (Morales y Mora, 1991) De León (2003) y (2013) Krippner (González, 2005), Gardner (1999), Keen (1992), Wilber (1988), Grinberg (1990) y (1987). Sintetizando estas aportaciones, esta autora (Pelcastre), presenta una nueva matriz de necesidades, añadiendo las necesidades de trascendencia, liberación y transmutación, que De León(2003) ya había descrito. Curiosamente Max-Neef (1998) negaba que la población en general experimentara estas tres últimas necesidades. A esta autora le parece que por ser inherentes a la raza humana, es indispensable reconocerlas y promoverlas.

Capítulo **VI**. Puesto que la intervención de la que trata esta tesis, tiene como meta elevar la calidad de vida, este capítulo aborda justamente el tema de “**Calidad de vida**”. Ubica este concepto interdisciplinario y multifactorial, desde la perspectiva económica (Nussbaum y Sen, 1998) (Moreno, 2008) (Lora y Chaparro, 2008). Se refiere al problema de la medición (González-Guzmán, Castro-Albarrán, Moreno-Altamirano, 2011), (López-Calva y Székely, 2006) y describe indicadores de calidad de vida (Lora, Chaparro y Rodríguez-Pombo, 2008) Posteriormente define la calidad de vida en el área de la salud (Sayedoff, Alfonso y Duryea, 2008) y más específicamente, en pacientes diabéticos. Por otro lado, distingue dos tipos de factores en la evaluación de calidad de vida: subjetivos y objetivos.(Palomba, 2002). Respecto a los primeros, describe distintos aspectos paradójicos en la evaluación subjetiva de calidad de vida y además describe los conceptos subjetivos : “satisfacción con la vida” así como “satisfacción con la salud”. Enfatiza la importancia de programas educativos para elevar la calidad de vida, y finalmente ejemplifica una medición de percepción subjetiva.

Capítulo **VII**. Describe el concepto “**Calidad Excepcional de Vida**” (“Cálevi”) como agente e instrumento para elevar la calidad de vida a través de la trascendencia. En cuanto agente, se refiere a esta asociación civil dirigida a elevar la calidad de vida en distintos grupos e instituciones. Por ello, narra su evolución histórica y participación en el Programa del que trata esta tesis. Como instrumento, explica su metodología para elevar la calidad de vida promoviendo la trascendencia. De este modo, explica sus fundamentos teóricos desde la visión médica de Simonton (1993) y Siegel (1990); así como desde la perspectiva ontogónica de De León (2003).Posteriormente, explicita los elementos operativos de “Cálevi”(Domit, 1992): contenidos y temarios.

Capítulo **VIII**. Presenta los elementos generales para conocer el **Programa de Apoyo para el Paciente Ambulatorio con Diabetes Mellitus y sus Familiares**, en el Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga” O.D. Esta es la intervención, fundamentada en la perspectiva del desarrollo humano-transpersonal, que permite a los participantes transitar de sus “pobrezas” a la trascendencia, elevando su calidad de vida. Dado que este Programa fue premiado por la Secretaría de Salud por su alta eficiencia, el capítulo describe la percepción de los jueces. (Secretaría de Salud, 1999). También relata la trayectoria del Programa, contrastando su momento actual con su pasado. Además enlista los temas básicos del programa, describe una sesión tipo y la metodología aplicada. Un aspecto relevante es la facilitadora como elemento promotor de la trascendencia, por lo que integra el perfil profesional y personal de ella. Finalmente, muestra la evaluación del participante en relación a su calidad de vida y salud; así como la evaluación del usuario respecto a cuatro aspectos del Programa.

Capítulo **IX**. Desarrolla las categorías centrales de análisis “pobrezas”, y “trascendencia”; así como la descripción de la métodos para trascender, en **59 casos** que significan unidades de análisis en sí mismas. Los casos son fragmentos literales que provienen de transcripciones de las sesiones, de un ciclo completo del Programa.

Capítulo **X**. Presenta las **conclusiones** agrupadas en 18 categorías.

CAPITULO II.

EL ESCENARIO.

EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DOCTOR EDUARDO LICEAGA". O.D.

"en el Hospital es una alegría traer a mis hermanos para que se atiende sus ojos"

Paciente. Caso 56.

"te saco porque si no, te mueres aquí"

Paciente. Caso 55.

1. HISTORIA.

El Hospital General de México fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el entonces Presidente Porfirio Díaz, siendo el Dr. Eduardo Liceaga el vocal del Consejo Superior de Salubridad. Su primer Director fue el Dr. Fernando López.

Su **objetivo** era constituirse como un establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo y dependiendo de la Secretaría de Estado y Gobernación, "para la asistencia y admisión de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad o creencias religiosas". (Navarro, 2009, p 16). El Hospital tenía 11 servicios médicos, una dirección y administración, un museo de patología, y un archivo de la biblioteca y estadística.

El 11 de mayo de 1995, adquirió la figura legal de Organismo Público Descentralizado (O.D.), con autonomía operativa y "mayor presencia institucional para la prestación de servicios de salud a la población abierta". (Navarro, 2009, p 19)

El 19 de julio de 2012 modificó su nomenclatura de Hospital General de México, a Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". O.D. (Alatorre, 2012, p 11) y (Toribio, 2012, p 18). Este nombre honra la memoria del personaje que concibió, planeó y ejecutó el proyecto hace 107 años.

2. INFRAESTRUCTURA.

Después de los sismos de 1985 y 1995, la planta física del hospital quedó dañada y se convirtió en una construcción básicamente horizontal, desplegada en 12.52 has, donde en 6.63 has, existen 50 edificios: 33 destinadas al área médico-asistencial y 17 a las áreas de gobierno, enseñanza e investigación, y servicios generales.

Para diciembre de 2007, contaba con una **capacidad física** instalada de 1126 camas: 890 censables y 236 no censables; 35 especialidades, 10 quirófanos con 33 salas de operaciones, 4 salas de expulsión y 4 de labor, 20 CEYES, 9 salas de terapia intensiva, 2 cuneros, 2 salas de admisión, 38 camas de recuperación 190 consultorios, 37 salas de espera, 27 gabinetes de rayos X, 3 tomógrafos, 3 resonadores, 8 salas de laboratorio, 1 sala de aféresis, 1 sala de sangría, 12 equipos de ultrasonido, 8 salas de endoscopia, 7 cubículos de terapia de lenguaje, 6 salas de anatomía patológica, 2 auditorios y 48 aulas. (Navarro, 2009. p 20 y 93)

Estas cifras variaron de este modo, para fines de 2012 (Navarro, 2012): 937 camas censables y 258 no censables (67 camas de terapia intensiva, 24 de terapia interna, cuneros fisiológicos, 8 de atención de corta estancia y 46 de urgencias), y 113 denominadas “otras camas no censables”, 33 salas de atención a donadores de sangre, 2 laboratorios de anatomía patológica, 190 consultorios de consulta externa y de especialidad. El resto de la capacidad física continúa en la misma dimensión.

3. ASISTENCIA.

De enero a diciembre de 2012 se habían otorgado 742 414 consultas, 252 305 consultas de primera vez, 411 151 subsecuentes y 78 958 de urgencia. Asimismo, se dieron 72 273 sesiones de rehabilitación física y 31 496 eventos quirúrgicos. (Navarro, 2012, p 2-3).

La atención a los usuarios está dividida en tres **niveles de atención**:

El primer nivel de atención es consulta externa, que es la atención que se brinda al paciente que acude por primera vez a solicitar servicios y se le atiende a través de un médico general, o en orientación de planificación familiar, o un dentista, o en medicina preventiva, o epidemiología.

El segundo nivel implica una o varias consultas de médicos especialistas pero sin intervención quirúrgica o seguimiento de embarazo con eventuales complicaciones. Incluye cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría.

El tercer nivel de atención abarca la consulta psiquiátrica, neurológica e intervención quirúrgica no general.

El índice de **subsecuencia** es de 1.14 consultas subsecuentes/ 1ª. Vez. En otras instituciones el índice es de hasta 6 consultas subsecuentes. (Navarro, 2009, p 96).

La **población** atendida es básicamente de pacientes de escasos recursos económicos, que no cuentan con registro en la seguridad social, ni en el ISSSTE o sistemas médicos del Ejército, Marina ni Pemex. Por sus características, no tiene acceso a la medicina privada y actualmente un alto porcentaje proviene del sistema médico del Seguro Popular. En cuanto a su lugar de residencia, el 49% de los pacientes provienen del D.F. (básicamente de las delegaciones Iztapalapa, Cuauhtémoc y G. A. Madero); el 40% de los usuarios se trasladan desde el Estado de México y el 11% restante, de entidades federativas como Hidalgo, Guerrero, Puebla y Veracruz, principalmente. (Navarro, 2009, p 88- 90).

La **consulta** de urgencias funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. La consulta externa y de especialidad, que es programada con cita, atiende de 7.30 de la mañana a 6 de la tarde.

El 28% de las consultas se relacionan con neoplasias, 80 584; diabetes mellitus, 29 816; embarazos, 18 833; valoración cardiológica, 17 251; y depresión, 14 001, que en el año de 2012 sumaron 160 485 consultas.

El 80% de las consultas son de segundo y tercer nivel, lo que constituye a esta institución como un Hospital de especialidades. Con el objeto de eficientar el acceso a los servicios médicos y

reducir los tiempos de espera para consultas, desde 2001 se estableció el Programa de Citas vía Telefónica y pago en cualquier Banamex del país. La asistencia a las citas programadas fue del 65.15%. Este servicio opera para servicios de Medicina General y Pediatría.

Respecto a los servicios de **laboratorio**, en 2012 el Hospital realizó 3 256 755 exámenes, 159 637 estudios de imagen (TAC, RM y PET), 623 557 estudios de laboratorio especializados, 57 587 transfusiones de sangre y hemoderivados, y un número indeterminado de sesiones de rehabilitación. (Navarro, 2009, p 96-103).

4. ENSEÑANZA.

Este hospital es considerado el **Hospital-Escuela** de mayor tradición y relevancia en la preparación de recursos humanos en el área de la salud. Es altamente conocida la frase, entre los médicos que afirma “lo que no ves en el hospital general, no existe”. Y la razón es que este nosocomio acoge las llamadas “**enfermedades de la pobreza**”; lo que implica que las carencias económicas conllevan padecimientos y estados orgánicos, a extremos de morbilidad rara vez vistos en clases socioeconómicas con posibilidades de atención médica especializada, precisa y expedita. En el año 2007 el Hospital contaba con 1989 alumnos de pregrado en medicina, estudiantes del Instituto Politécnico Nacional (49.68%), Universidad Nacional Autónoma de México (33.20%); y universidades privadas como la Universidad La Salle, Universidad Anáhuac y Universidad Panamericana (que juntas sumaron el 17.12%) También en ese año, tuvo 614 residentes, además de rotaciones de 18 residentes del interior de la república, 30 extranjeros y 37 de otros hospitales. Se impartieron 77 cursos de educación médica continua, capacitando a 5 718 alumnos, a través de 1208 profesores internos y 442 externos. Estos cursos fueron certificados por la Facultad de Medicina de la UNAM y/o por la Dirección de Enseñanza y/o por la Sociedad Médica del Hospital General de México. (Navarro, 2009, p 21, 109-113).

En el año 2012, el Hospital tuvo 1971 estudiantes de medicina en pregrado, 680 residentes, 708 estudiantes en servicio social, 988 alumnos de posgrado, 40 residentes de especialización, contando con 1.8 médicos residentes por cama. (Navarro, 2012, p 3).

Respecto a otro tipo de cursos de capacitación, el programa anual de capacitación intenta impartir cursos de actitud en el servicio, valores en el servidor público, y técnicas de limpieza.

5. INVESTIGACIÓN.

Como resultado de la investigación, en 2012 se publicaron 208 artículos en revistas indexadas, así como 136 publicaciones científicas nacionales e internacionales por año. Existen 32 plazas de investigación y se obtuvieron 15 premios de investigación. Se realizaron 50 investigaciones institucionales y 24 de ellas dentro del Sistema Nacional de Investigación. (Navarro, 2012, p 5).

6. FARMACOLOGÍA CLÍNICA.

En esta área se elaboran estudios de bioequivalencia de medicamentos susceptibles de registro como medicamentos genéricos intercambiables, para además generar medicamentos

confiables, seguros y más baratos para la adquisición, por parte de los pacientes. Respecto a la Farmacia, se alcanzó el 92% de abasto en medicamentos (recetas surtidas/total de recetas). También, se obtuvo el 67.57% de medicamentos genéricos sobre el total de medicamentos; así como el 52.43% de medicamentos innovadores sobre el total de medicamentos. Respecto a los modos de adquisición, el 70.25% de los medicamentos se obtuvieron por licitación y el 29.05% por adjudicación directa. (Navarro, 2009, p 109).

7. RECURSOS HUMANOS.

En esta institución prestan sus servicios 6 338 trabajadores del área médica y paramédica; y 685 del área administrativa, para cubrir la atención al usuario 24 horas de 365 días al año. Existen 50 plazas para investigadores, 24 que corresponden al Sistema Nacional de Investigadores. Adicionalmente, 85 profesionales de la salud son investigadores titulares o asociados, reconocidos por la Comisión Externa de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud. (Navarro, 2009, p 22).

8. FINANZAS.

El presupuesto asignado para el año 2007 ascendió a 1 851 millones de pesos; proveniente el 87% del presupuesto federal, y el 13% de recursos propios. (Navarro, 2009, p 23).

9. CALIDAD EN EL SERVICIO.

Entre enero y diciembre del 2012, hubo 45 896 ingresos hospitalarios, contra 45 847 egresos, donde 42 150 personas egresaron por mejoría, y 667 pacientes egresaron por alta voluntaria. También en ese periodo se realizaron 34 269 cirugías, y 5 643 de ellas fueron ambulatorias. El número de cirugías/sala/día fue de 3.4 y el de cirugías/número de cirujanos fue de 73, y el diferimiento quirúrgico fue de 0.

En 2012, la tasa bruta de mortalidad (que mide la proporción de riesgo de morir que tiene los pacientes egresados por cualquier causa y que se calcula al contabilizar el total de defunciones hospitalarias entre el total de egresos por área) fue de 4.1

Por otro lado, el mismo año la **tasa ajustada de mortalidad** hospitalaria (que indica la proporción de riesgo de morir de los pacientes después de 48 horas de ingreso al hospital y donde interviene la actividad del médico) fue de 3.2 personas cada 100 egresos.

Respecto a la tasa de **infección** nosocomial, fue de 3.5 (calculada al dividir el número de pacientes con infecciones nosocomiales entre el total de egresos), en el mismo periodo.

Y en cuanto al **trato digno** en urgencias, el tiempo de espera fue de 13 a 14.86 minutos para el 50%, mientras que para el 42.86% de los usuarios, fue de más de 15 minutos.

En 2012, el porcentaje de ocupación hospitalaria fue de 80.17%; el promedio de días de estancia en el hospital consistió en 5.65; .5% fue el número de pacientes del SPSS atendidos en consulta, y 8.5% fue el número de pacientes del SPSS atendidos en el hospital.

Respecto al personal de enfermería, 1 832 enfermeras prestaron sus servicios en el Hospital en 2012 y de ellas, 920 es técnico, 260 tiene estudios posttécnicos, 593 licenciatura, 38 posgrado, 21 especialidades y 64 es el índice de enfermeras tituladas/técnicas.

En relación al personal de trabajo social, existen 122 trabajadoras en los tres turnos, que en 2012 realizaron 537 estudios socioeconómicos, donde el número de camas/número de trabajadoras sociales fue de 8; y el número de casos nuevos/número de trabajadoras sociales fue 751.

En 2012 se realizaron 478 autopsias.

La gran magnitud de la consulta en el Hospital General contrasta con otras instituciones de salud públicas, pues mientras que en el primero el promedio de **consultas** anuales de consulta externa (sin contabilizar las de urgencias) fue de **669 851**, en el Hospital Juárez fue de 170 359; en el Dr. Gea González fue de 171 548; en el Instituto Nacional de Cardiología fue de 107 952; en el instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 70 536; en el Instituto Nacional de Perinatología 120 576. En el Hospital General de Méjico el promedio diario de consultas por médico asignado es de 4.91; siendo de 9.07 en el servicio de homeopatía; 9.05 en urología; 8.56 en cardiología y 8.19 en el servicio de consulta externa.

Respecto a las causas de consultas, las neoplasias disminuyeron en 3.04, al comparar 2011 con 2012. En cambio, **la diabetes mellitus se incrementó en 2.31%** y la depresión fue quien más aumentó como causa de consulta, al alcanzar 13.52% (Navarro, 2012, p 2).

10. NUMERALIA.

Los siguientes cuadros estadísticos resaltan la magnitud del Hospital General.

10.1. CONSULTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA 2012

TIPO DE CONSULTA	PRIMERA VEZ	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	SUBSECUENTE	AMBAS	AMBAS
GENERO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
DISTRITO FEDERAL	125 907	66 898	159 110	69 264	421 179	56.73
ESTADO DE MEXICO	74 552	36 741	106 033	44 277	261 603	35.24
HIDALGO	2 373	1 210	3 477	1 582	8 642	1.16
GUERRERO	2 238	1 254	3 292	1 604	8 388	1.13
VERACRUZ	1 865	1 062	2 652	1 217	6 796	.92
PUEBLA	1 912	1 150	2 630	1 389	7 081	.95
OAXACA	1 546	1 007	2 021	1 044	5 618	.76
MICHOACAN	1 131	659	1 576	890	4 256	.57
MORELOS	952	565	1 583	754	3 854	.52
TLAXCALA	718	495	1 064	622	2 899	.39
OTRAS	2 961	1 483	5 609	2 045	12 098	1.63
TOTAL	216 155	112 524	289 047	124 688	742 414	100

De acuerdo con esta información, observamos que el 91.97% de los **pacientes provienen del D.F. y Estado de México**, y que el 6.40% (47 534 consultas) corresponden al centro del país: Hidalgo, Guerrero, Veracruz, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Morelos y Tlaxcala. Comparando estas cifras con las del año 2011, descubrimos que descendió el número de consultas en 269 provenientes del D.F. (.06%); 398 (.15%) menos para los originarios del Estado de México; y “otros” descendió en 3 020 (19.98%) menos, en comparación.

10.2. CAUSAS DE CONSULTA DE URGENCIAS ADULTOS.

CAUSA	2011	CAUSA	2012
Síndrome doloroso abdominal y abdomen agudo	8 007	Síndrome doloroso abdominal y abdomen agudo	11 251
Insuficiencia Renal Crónica	3 021	Dolor no especificado	4 757
Diabetes Mellitus	2 937	Diabetes Mellitus	3 876
Infección de vías urinarias	2 271	Insuficiencia Renal Crónica	2 661
Colecistitis y colelitiasis	2 030	Infecciones de vías urinarias	2 037

Al comparar las cifras de 2011 y 2012, vemos que el síndrome doloroso, el dolor no especificado y la **diabetes mellitus** se incrementaron en 40.51%, 228.30% y 31.97% respectivamente.

10.3. PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

CAUSA	2011	CAUSA	2012
Estado de choque	106	Estado de choque	153
Insuficiencia Renal Crónica	79	Insuficiencia Renal Crónica	120
Neoplasias	37	Neoplasias	37
Diabetes Mellitus	32	Hemorragia Gastrointestinal	36
Insuficiencia Hepática	29	Enfermedad cerebrovascular	29
Hemorragia Gastrointestinal	28	Neumonía	29
Neumonía	25	Diabetes Mellitus	26
Enfermedad cerebrovascular	19	Paro respiratorio	19
Septicemia	18	Encefalopatía no específica	15
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	18	Insuficiencia hepática	15
Otros	157	Otros	205
Total	548	Total	684

Aquí se observa un decremento mínimo entre 2011 y 2012 de **Diabetes Mellitus** (18.75%) e **Insuficiencia Hepática** (48.28%), como causas de defunción en el servicio de urgencias de adultos.

10.4. PRINCIPALES MOTIVOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS.

MOTIVOS DE EGRESOS	AÑO 2011	AÑO 2012
Mejoría	40 751	42 150
Defunción	1 842	1 908
Voluntario	684	667
Otro	475	296
Cirugía suspendida	426	495
Curación	48	53
Fuga	291	132
Máximo beneficio	108	117
Pase a otro hospital	39	29
Total	44 664	45 847

10.5. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS.

CAUSAS	AÑO 2011	CAUSAS	AÑO 2012
Neoplasias	7 401	Neoplasias	7 624
Parto	4 636	Insuficiencia Renal Crónica	4 960
Insuficiencia Renal Crónica	4 066	Parto	4 361
Coleocistitis y Colelitiasis	2 357	Coleocistitis y Colelitiasis	2 345
Diabetes Mellitus	1 412	Diabetes Mellitus	1 498
Hernias	1 395	Hernias	1 390
Catarata	912	Cálculo de riñón y vías urinarias	893
Cálculo de riñón y vías urinarias	896	Catarata	852
Causas que provocaron aborto	865	Causas que provocaron aborto	715
Apendicitis	576	Apendicitis	710
Otras	20 148	Otras	20 499
Total	44 664	Total	45 849

10.6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.

CAUSA	AÑO 2011	CAUSA	AÑO 2012
Neoplasias	348	Neoplasias	396
Insuficiencia Renal Crónica	224	Insuficiencia Renal Crónica	218
Septicemia	124	Septicemia	161
Estado de choque	113	Neumonía	89
Neumonía	89	Estado de choque	69
Diabetes Mellitus	69	Enfermedad cerebrovascular	67
Enfermedad cerebrovascular	60	Enfermedad hepática alcohólica	51
Sida	59	Insuficiencia hepática	50
Insuficiencia hepática	51	Sida	47
Insuficiencia cardiaca	47	Cardiopatía isquémica	46
Otras	658	Otras	713
Total	1 842	Total	1 907

10.7. TASA BRUTA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.

Año 2009	4.21	Año 2011	4.12	Año 2012	4.16
-----------------	------	-----------------	------	-----------------	------

Curiosamente, la tasa bruta de mortalidad en el Hospital General de México decreció entre 2009 y 2011 en 1.19 pero se incrementó de 2011 a 2012.

10.8. TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.

Año 2009	3.27	Año 2011	3.33	Año 2012	3.23
-----------------	------	-----------------	------	-----------------	------

En relación con la tasa ajustada de mortalidad, observamos como se incrementó entre 2009 y 2011, pero en 2012 mostró la cifra más baja en relación a 2009 y 2011.

10.9. TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Año 2011	3.52	Año 2012	3.53
-----------------	------	-----------------	------

Aunque la tasa de infecciones se incrementó entre 2011 a 2012, de acuerdo con las autoridades del Hospital, el índice es muy bajo con respecto a los valores de referencia que establece la Secretaría de Salud, que oscilan de 4 a 7. Sin embargo, para el público usuario no significan poco, considerando que el promedio de días/estancias en hospitalización fue de 5.82 en 2009; 5.81 en 2010; 5.65 en 2011 y 5.65 en 2012. El hecho de que en menos de 6 días de hospitalización un paciente sea infectado, **no constituye un incidente fácil de aceptar para los usuarios**, especialmente cuando procesos de muerte se aceleran por este factor. Por otro lado, considerando el gran volumen de pacientes, procesos quirúrgicos y personal de salud involucrado, las autoridades sostienen que es aceptable este parámetro.

10.10. NUMERO DE EXAMENES DE LABORATORIO.

Solicitante	Año 2009	Año 2011	Año 2012
Consulta Externa	1 082 173	1 150 902	1 216 455
Hospitalización	1 398 642	1 178 408	1 655 475
Urgencias	383 021	294 005	384 825

Debido al gran volumen de consultas, pacientes hospitalizados y usuarios de urgencias, el número de exámenes de laboratorio se incrementa anualmente. Sin embargo, estas cifras no corresponden al total de exámenes de laboratorio practicados a los usuarios, al menos en consulta

externa. Esto es porque algunos médicos prefieren solicitar exámenes a laboratorios privados, **por la premura o por no confiar** totalmente en los servicios del hospital.

Por otro lado, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se consideraba al hospital como una “organización socialmente responsable y con objetivos de política social”, con cinco objetivos básicos: 1. reducir desigualdades en salud, 2. evitar el empobrecimiento, 3. posibilitar que la salud contribuyera al decremento de la pobreza, 4. mejorar las condiciones sanitarias de la población y 5. ofrecer servicios de salud eficientes en calidad, calidez y seguridad, con trato digno al usuario.

Respecto a evitar el empobrecimiento, el desempeño de las trabajadoras sociales dentro del Hospital General de México es muy importante, porque ellas realizan la clasificación socioeconómica de los pacientes. Y de la clasificación individual obtenida, depende el costo de los servicios de salud para cada uno. Aunque el hospital atiende sobre todo a población de clase baja, con cierta frecuencia se oyen quejas de los usuarios, quienes no están de acuerdo con el nivel socioeconómico que les fue asignado. En la siguiente tabla, es interesante observar que la clasificación mayoritaria de la población se ubica en el nivel dos. Finalmente, la asignación del nivel es una acción subjetiva de quien clasifica al paciente, y tal vez podría ser revisada la política institucional al respecto. Por otro lado, es conocido el **conflicto financiero** al que está sometida esta institución: su presupuesto tiene severos déficits y sus servicios tienen bajo costo para el usuario. Por momentos, la presión financiera se agudiza y el conflicto pareciera no tener salida.

10.11. CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DE LOS PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL.

Nivel	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Exento	603	626	886	1 041
1	8 749	8 615	13 579	17 820
2	30 709	30 331	37 776	35 566
3	13 546	11 130	11 291	10 376
4	1 026	691	654	522
5	286	167	168	145
6	42	22	14	11
Total	54 961	51 582	64 368	65 481

11. ASPECTOS ETICOS.

En relación a los aspectos éticos en la relación entre el personal de salud y los pacientes, o usuarios, en el Hospital se pueden leer los cartelones (sic) que en áreas específicas, difunden lineamientos institucionales como:

A) Decálogo del Código de Etica del Personal del Hospital General de México, O.D.

1. El acto médico es confidencial.
2. Respetar los valores humanos.
3. Trato no discriminado.

4. Trato respetuoso y cordial con todos.
5. Medidas de seguridad para minimizar los riesgos de la población.
6. Los recursos de la institución no son para uso personal.
7. Evitar comentarios y acciones que lesionen la imagen personal de la institución.
8. Evitar comentar en público los aspectos médicos de los pacientes.
9. Apego estricto a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica universal.
10. Evitar actos de corrupción aceptando pagos indebidos.

Asimismo, existe una referencia gráfica en relación a la calidad de los servicios de enfermería, como sigue (sic):

B) Calidad de los servicios de enfermería.

Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería.

Descripción del servicio:

Otorgar cuidados profesionales con eficiencia, eficacia y oportunidad, basados en principios humanísticos, éticos y científicos para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.

Requisitos. Identificación del paciente con:

- carnet
- expediente clínico
- cubrir cuotas de recuperación de acuerdo a la clasificación de Trabajo Social
- respeto a las normas hospitalarias
- participación del paciente y familia en los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidados.

Estándares de calidad:

- trato digno al paciente y familiares con información veraz y oportuna.
- cuidados profesionales de acuerdo a necesidades.
- proporciona atención sin errores.

Estos planteamientos, desarrollados empíricamente, contrastan con el desarrollo más formal de los Códigos de Ética que el Comité de Ética del Hospital General de México, concluyó en 2012. A continuación citamos algunos aspectos fundamentales.

C) Valores.

Los valores intrínsecos del personal de salud, que el hospital propugna son: compromiso, ética, honestidad y profesionalismo.

Los valores orientados al servicio público son: eficacia, eficiencia, equidad, garantía de la seguridad y la calidad de la atención, justicia, trabajo en equipo y transparencia.

Los valores enfocados a la calidad son: calidad, congruencia, vanguardia, respeto y rigor metodológico.

D) Trato médico al paciente.

En este rubro, consultamos el Código Ético y de Conducta del Hospital General de México (Comité de Ética del Hospital, 2012); y hacemos comentarios que reflexionan sobre la pertinencia de las disposiciones, con respecto a la realidad que observamos. Respecto al trato que el médico da al paciente, el Código afirma:

9. *Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutela, de manera veraz y oportuna, sobre el diagnóstico, tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.*

Comentario. No encontramos más documentos o capacitación que enseñe a los médicos las habilidades sugeridas. Por ejemplo, ¿Qué es mesura? ¿Cómo dosificar la verdad? Lo único que encontramos es la investigación sobre “Cómo dar malas noticias en medicina”, (Martín del Campo, et al, 2012) donde se afirma que los médicos del Hospital General reconocen no tener habilidades y no estar capacitados para dar malas noticias en medicina y, a la vez, sentir elevado estrés al dar esas noticias infaustas, como la proximidad de la muerte, la necesidad de realizar alguna amputación, la no respuesta del paciente a un tratamiento, la presencia de complicaciones en una enfermedad, etc.

10. *El personal de salud del Hospital debe de tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento, diagnóstico terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.*

Comentario. Respecto a esta disposición, encontramos la dificultad del personal de salud para ser muy explícito con pacientes que, por su nivel de escolaridad o intelectual, no necesariamente comprenden la información. Por otro lado, el médico cuenta sólo con 15 minutos en consulta subsecuente, y 30 minutos en consulta de primera vez, para recabar información, hacer un diagnóstico, tomar una decisión terapéutica, informarla y verificar que el paciente la comprendió.

11. *Del mismo modo, debe facilitar, a solicitud de los paciente o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.*

Comentario. Existe un tipo de médico que no facilita la obtención de segundas opiniones, debido al modo autoritario en que trata al paciente, lo cual lo amedrenta y empuja a aceptar como único criterio válido, el del médico tratante.

16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutela sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias, diagnósticas, terapéuticas o rehabilitatorias para los que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.

Comentario. El grado de coerción del médico no se ha documentado, pero en diversas ocasiones el médico no explica ni pide autorización sobre la práctica que va a realizar, pide un “firme aquí”, sin explicitar los cómo o para qué de sus procedimientos.

17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de su tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios, el que considere adecuado.

Comentario. Algunos pacientes no pueden valorar por sí mismos los riesgos y beneficios. Necesitan ser orientados y, en múltiples casos, educados para poder apropiarse de su cuerpo y el autocuidado.

21. Formulará acuciosamente el expediente clínico de cada paciente en medios escritos. El expediente deberá ser completo, ordenado, legible, veraz, oportuno y lógicamente secuenciado, conforme lo establecen las normas.

Comentario. Los expedientes actuales no cumplen con estas características. Si estas recomendaciones surten efecto, posiblemente puedan ser útiles para realizar investigaciones de diversa naturaleza. Hoy encontramos expedientes irregulares, realizados al estilo del médico en turno, con información heterogénea, desordenada o incompleta. Muchas veces ilegibles y prácticamente imposibles de sistematizar.

24. Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas.

Comentario. El paciente no necesariamente se adhiere al tratamiento, y el médico no puede estar seguro de que el paciente sigue sus órdenes. Muchos médicos desconocen “los otros” medicamentos o tratamientos a que el paciente está sujeto, tanto en la modalidad convencional, como en la medicina tradicional o alternativa.

E) Estándares de trato social.

Las regulaciones éticas respecto al trato entre el paciente y el personal de salud en general (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, camilleros, etc), disponen lo siguiente:

- 1. *La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutela sus derechos, a los que habrá de dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.***

Comentario. Al menos en el caso de algunas trabajadoras sociales, personal administrativo y médicos, no observé un trato amable, sino déspota y a veces francamente grosero.

- 9. *De la misma manera el equipo de salud del Hospital se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en la Institución.***

Comentario. La Institución no capacita a su personal para garantizar las habilidades de comunicación efectiva que pretende.

- 1. *El trato de los integrantes del equipo de salud del Hospital habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.***

Comentario. El universo de usuarios implica un gran reto por decodificar ideologías personales, para que el personal de salud pueda adaptar esta regulación al trato con tan distintos actores. Muchos empleados no poseen las habilidades requeridas para empatizar y comprender el mundo interno del usuario.

- 1. *Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponde entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.***

Comentario. Es muy significativo que se considere la “aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares”, porque ciertamente los problemas de salud generan un estrés adicional al usuario o sus acompañantes. Y por otro lado, es observable la conducta aséptica del personal de salud que, sometido al trabajo cotidiano, termina por deshumanizarse o alejarse emocionalmente de tantas situaciones dolorosas.

7. *Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana, libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.*

Comentario. Esta es una aspiración ideal, no constatada en la realidad. Observamos sobrepeso, obesidad, personal de salud que fuma, tiene problemas con la bebida o automedicación y que no hace ningún tipo de ejercicio físico.

9. *Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud del Hospital para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.*

Comentario. Esta recomendación es difícil de implementarse en tres sentidos: a) frente a condiciones reversibles de salud no previstas, donde el paciente no cree o no admite que va a morir, el personal de salud puede parecer inoportuno o errático. b) en múltiples ocasiones, el deterioro en la salud del paciente va acompañado de la pérdida parcial o total de lucidez mental. No necesariamente tiene tiempo para prepararse a la muerte. c) Existe una grave carencia de personal que pueda responsabilizarse de esta labor, de manera eficiente y efectiva.

12. *Promover la creación de una cultura responsable de quejas y denuncias, en las áreas en las que se ofrece atención a la ciudadanía, debiendo dar seguimiento, atención y respuesta oportuna e imparcial a todas las peticiones, quejas y denuncias.*

Comentario. Esta recomendación, que puede ser altamente efectiva para elevar la calidad de la atención en distintos niveles hospitalarios, requiere de educación ciudadana para lograr el perfil del responsable de emitir la queja, así como el responsable de recibir y resolver quejas y/o denuncias.

De cualquier modo, es muy significativa la creación de Comités de Ética, como una etapa evolutiva de la Institución. Deseamos que la estructura administrativa del hospital se modifique favorablemente, para realizar las metas que este Código Ético apunta.

12. PROGRAMAS DE APOYO.

En relación a los programas de apoyo, Navarro menciona que: “se reforzaron los programas de apoyo a familiares y pacientes, en alguna de las enfermedades de mayor relevancia en el país, enfermedades donde existe desgaste tanto físico como psicológico. Con estos programas se enseña a pacientes y familiares a entender mejor el padecimiento que les aqueja.” (2009, p 165). Los programas son los siguientes:

- Programa de apoyo a pacientes con Diabetes Mellitus.
- Programa de apoyo a pacientes hipertensos.
- Programa de apoyo a pacientes con síndrome depresivo.
- Programa de apoyo a pacientes postoperatorios de tiroides.

Asimismo, menciona que “se planearán, organizarán e implementarán los programas de apoyo a pacientes asmáticos; con enfermedad pulmonar obstructiva crónica; con insuficiencia renal crónica; con cáncer y con obesidad.”. (Navarro, 2009, p 166). La realidad es que al día de hoy, no todos se han implementado, o no funcionan grupal, sino individualmente, como en el caso de los pacientes hipertensos. Como veremos más adelante, llevar a cabo programas de apoyo requiere mucho esfuerzo coordinado y las instituciones no fácilmente pueden lograrlo; no sólo por cargas excesivas de trabajo para el personal, sino incluso por conflictos interpersonales o entre instancias de la propia organización.

13. DEBILIDADES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” O.D.

Para la actual dirección del Hospital (Navarro, 2009, p 125-126), la problemática del Hospital se caracteriza por:

- 1) Pobreza. El 50% de la población se ubica en esta situación.
- 2) Incremento en los costos de operación.
- 3) Inflación en México y crisis económica.
- 4) Recursos presupuestales insuficientes en todos los capítulos del gasto, que dificultan la continuidad de los proyectos que se coordinan en la Dirección General.
- 5) Salarios e incentivos poco competitivos.
- 6) Sobrenormatividad creciente.
- 7) Aumento de las enfermedades emergentes y re-emergentes.
- 8) Incremento en padecimientos relacionados con trastornos de la conducta y los relacionados con obesidad y desnutrición.
- 9) Demanda creciente de servicios de la población usuaria y saturación de servicios.
- 10) Demandas legales en contra de la Institución y el personal médico.
- 11) Aumento en el número de pacientes en estadios terminales de enfermedades como insuficiencia renal, etc.

En este contexto, algunas de las debilidades observadas por Navarro tienen que ver con los siguientes factores:

- Falta fortalecer los modelos de atención a la salud en problemas del rezago y otros emergentes como obesidad, diabetes, cáncer y otras enfermedades degenerativas.
- Infraestructura física y de equipo que requiere modernización y adecuación.
- La red de referencia y contra-referencia es deficiente por falta de alianzas y convenios.
- Las líneas de investigación interna están desvinculadas de la problemática de la atención a la salud del país y de las principales causas de egreso de la institución.
- No existe expediente electrónico.
- Equipo de imagenología y laboratorio que requiere de una mayor actualización permanente.

- Es necesario fortalecer la capacitación en bioética, tanatología, calidad con el fin del fortalecimiento de los valores individuales, de la institución y la bioseguridad.
- Falta de comunicación con pacientes, familiares y en general, con el equipo de salud". (Navarro, 2009, p 130-135)

14. OPORTUNIDADES EN EL HOSPITAL GENERAL.

Frente a este panorama, Navarro anota que los **nuevos modelos de atención integral** para la población cada vez más demandante, pueden ser una buena alternativa a implementar.

15. ULTIMAS CIFRAS.

El 19 de julio de 2012, el Dr. Francisco Navarro mencionó que, debido a la demanda de atención generada por la afiliación de la población no derechohabiente a la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina y Ejército) a través del Seguro Popular, el Hospital General ha visto incrementado su **volumen de consultas**. Así que en 2011 atendió 898 634 consultas y 40 000 cirugías de distinto tipo, donde 150 000 consultas fueron de primera vez y el 60% de ellas provenían de usuarios del Seguro Popular.

En 2012 atendió entre 2500 y 3000 consultas diarias. Actualmente el Hospital General participa en el 95% del Fondo de gastos catastróficos del Seguro Popular (atienden 52 de las 53 intervenciones del Seguro Popular), que incluye enfermedades como cáncer de mama, cérvico-uterino, de próstata, testículo, leucemias y linfomas. Respecto al **origen geográfico** de los pacientes, comentó que el 40% provienen del D.F., 38% del Estado de México; el resto de Morelos, Tlaxcala, Puebla, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Querétaro.

Actualmente el hospital **invierte** 1500 millones en la remodelación de sus instalaciones, lo que le permitirá convertirse en una institución verticalizada, con 9 torres de especialidades con cuartos de 1 o 2 pacientes máximo.

Hoy en día 890 médicos laboran y el total de **trabajadores** es de 6300; cuenta con 1065 **camas** censables y 350 no censables. Y es la tercera institución del país en producción de artículos de **investigación** de alto impacto. (Alatorre, 2012, p 11) y (Toribio, 2012, p 18).

CAPITULO III.

LA DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SALUD.

*“¡ay, ya se me subió el azúcar, ya se me bajó!
Sé que no la voy a soltar, ni ella a mí.
¿Qué nos queda? ¡Amar nuestra azúcar!”.*

Paciente, caso 16.

Además de la información básica para comprender la enfermedad de los pacientes, sujetos de esta tesis, el contenido de este capítulo nos permite plantear uno de los problemas más importantes en la prevención y educación para la diabetes: el lenguaje más o menos técnico que pueda ser entendido y asimilado por el público no especializado y con baja escolaridad. Por esta razón, en este capítulo encontraremos las **dos perspectivas**: la de los médicos, donde utilizamos citas textuales de términos médicos a veces incomprensibles para el no especialista; y la dirigida al público en general.

A) DESDE LA PERSPECTIVA Y LENGUAJE MÉDICO.

1. SIGNIFICADO.

El concepto diabetes mellitus (que es el tipo de diabetes más numerosa en México y el mundo), proviene etimológicamente: a) del griego y significa: “diabetes”: “pasar a través”, y literalmente se refiere a “excesiva emisión de orina”; b) “mellitus” o “enmielado”, proviene del latín y designa la elevada cantidad de azúcar en la orina, porque su olor es dulce. (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997, p 117).

El término “Diabetes” nombra una enfermedad crónica (o permanente) y degenerativa (que va avanzando y altera órganos y funciones corporales). De un modo simple, el público sabe que la diabetes es “un padecimiento considerado como crónico-degenerativo, no infecto-contagioso y actualmente sin cura, pero altamente controlable” (González, 2008, p 4).

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN.

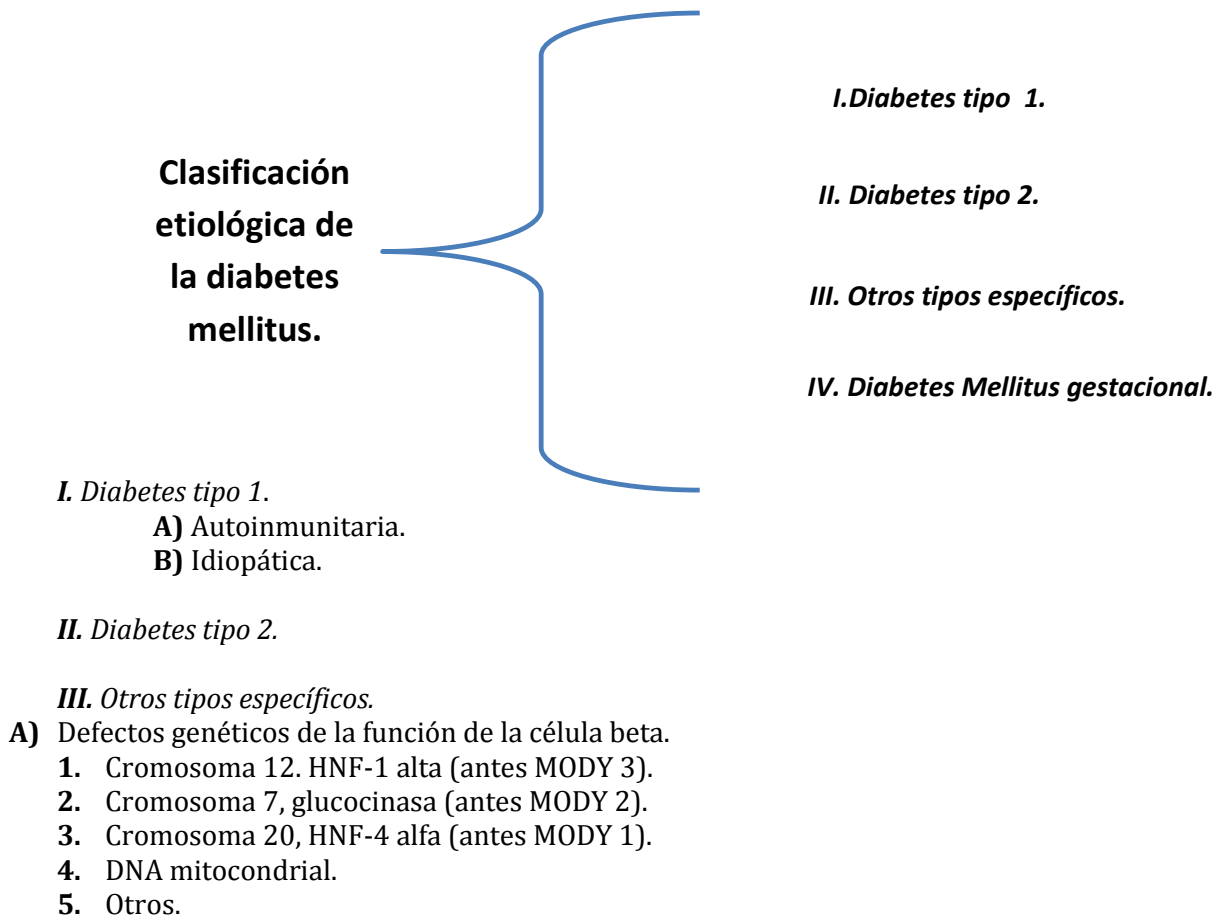
Según el último informe del Comité Internacional de Expertos para el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus, (Ríos y Rull, 2011 p.8), “la diabetes mellitus es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa; es absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y es relativa cuando no se satisface el aumento de la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida. Los mecanismos patógenos que producen diabetes van desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta (en cuyo caso hay una deficiencia absoluta de insulina) hasta situaciones en que se observa resistencia a la insulina (en ese caso la deficiencia de insulina es relativa). Aunque la hiperglucemia es el marcador bioquímico de la diabetes, el síndrome se

caracteriza por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio que afecta proteínas, lípidos y carbohidratos.”

Y siguen los expertos (Ríos y Rull, 2011, p 9): “La hiperglucemia es la causa de los síntomas característicos de la diabetes mal controlada: poliuria, polidipsia y pérdida de peso; en ocasiones también hay polifagia y visión borrosa. Las complicaciones crónicas de la enfermedad son consecuencia del metabolismo anormal tanto de la glucosa como de las proteínas y los lípidos. A largo plazo la hiperglucemia resulta en daño de los nervios (neuropatía) y de los vasos pequeños (microangiopatía) tanto de la retina (retinopatía) como de los glomérulos renales (nefropatía). El descontrol de la diabetes también resulta en un proceso aterógeno acelerado (macroangiopatía) que puede afectar las arterias coronarias, cerebrales y periféricas.”

3. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA.

La diabetes se clasifica en cuatro tipos, clases o formas, básicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, otros tipos específicos de diabetes y diabetes gestacional. Este cuadro es citado por Ríos y Rull (2011, p 9):



- B)** Defectos genéticos de la acción de insulina.
 - 1. Resistencia a la insulina tipo A.
 - 2. Leprechaunismo.
 - 3. Síndrome de Rabson-Mendernhall.
 - 4. Diabetes lipoatrófica.
 - 5. Otros.
- C)** Enfermedades del páncreas exocrino.
 - 1. Pancreatitis.
 - 2. Traumatismo/pancreatectomía.
 - 3. Neoplasia.
 - 4. Fibrosis quística.
 - 5. Hemocromatosis.
 - 6. Pancreatopatía fibrocalculosa.
 - 7. Otros.
- D)** Enfermedades endocrinas.
 - 1. Acromegalia.
 - 2. Síndrome de Cushing.
 - 3. Glucagonoma.
 - 4. Feocromocitoma.
 - 5. Hipertiroidismo.
 - 6. Somatostatina.
 - 7. Aldosteronoma.
 - 8. Otros.
- E)** Inducida por medicamentos o sustancias químicas.
 - 1. Vacor.
 - 2. Pentamidina.
 - 3. Acido Nicotínico.
 - 4. Glucocorticoides.
 - 5. Hormonas tiroideas.
 - 6. Diazóxido.
 - 7. Agonistas adrenérgicos beta.
 - 8. Tiacidas.
 - 9. Dilantín.
 - 10. Interferón alfa.
 - 11. Otros.
- F)** Infecciones.
 - 1. Rubeola congénita.
 - 2. Citomegalovirus.
 - 3. Otros.
- G)** Formas poco comunes de diabetes mediada por alteraciones inmunológicas.
 - 1. Síndrome del “hombre tieso”.
 - 2. Anticuerpos antirreceptores de insulina.
 - 3. Otros.
- H)** Otros síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes.
 - 1. Síndrome de Down.
 - 2. Síndrome de Klinefelter.
 - 3. Síndrome de Turner.
 - 4. Síndrome de Wolfram.
 - 5. Ataxia de Friedreich.
 - 6. Corea de Huntington.

7. Síndrome de Lawrence-Moon-Biedl.
8. Distrofia miotónica.
9. Porfiria.
10. Síndrome de Prader-Willi.
11. Otros.

IV. Diabetes Mellitus gestacional.

Para esta clasificación etiológica tan compleja y pormenorizada, la **diabetes tipo 1** agrupa los casos provocados por destrucción de las células beta del páncreas y con tendencia a cetoacidosis. Incluye los casos por proceso **autoinmunitario** y casos de causa desconocidos. Es **idiopática** cuando hay destrucción de células beta pero sin evidencia serológica de autoinmunidad.

La **diabetes tipo 2** es la de mayor prevalencia y se presenta en individuos con resistencia a la insulina y defecto en su secreción; en magnitudes diversas.

El apartado de **otros tipos específicos de diabetes**, incluye los ocho subtipos mencionados: **a)** defectos genéticos de la función de la célula beta, **b)** defectos genéticos de la acción de la insulina, **c)** enfermedades del páncreas exocrino, **d)** enfermedades endócrinas, **e)** diabetes inducida por sustancias químicas y medicamentos, **f)** infecciones, **g)** formas poco comunes de diabetes mediada por el sistema inmunológico y **h)** otros síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes.

La **diabetes IV o diabetes gestacional**, es exclusiva de la mujer porque inicia o se descubre durante el embarazo; no antes o después. Al término del embarazo, puede ser que la mujer regrese al estado normal de tolerancia a la glucosa o que sea el comienzo de intolerancia a la glucosa o diabetes.

En la evolución de los estudios sobre diabetes, se reconocen tres fases durante **la historia natural de la diabetes**: **a)** de regulación normal de la glucosa; **b)** anormalidad de la glucosa en ayunas o en la tolerancia a la glucosa (intolerancia a la glucosa); y **c)** la de diabetes mellitus.

En la **primera** fase, tanto en ayunas como después de ingerir glucosa por vía oral o intravenosa, la concentración de glucosa es normal. En la **segunda y tercera**, encontramos hiperglucemia o concentración alta, anormal de glucosa en la sangre. Por lo que se refiere a la etapa **tercera**, o de diabetes mellitus, existen tres etapas: en la primera, no se requiere insulina; en la segunda, sí para lograr control de concentración de glucosa en la sangre; y en la tercera, la insulina es indispensable para la sobrevivencia del individuo.

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

1) Para diabetes mellitus.

Los nuevos criterios variaron respecto a la norma de la OMS. (Ríos y Rull, 2011 p. 12). Si un individuo presenta cualquiera de estas condiciones, y al día siguiente permanece esta condición, es considerado **diabético**:

1. Síntomas característicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) con una concentración plasmática de glucosa igual o mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/l) en una muestra aleatoria de sangre. La muestra aleatoria es en cualquier momento del día, con o sin ayuno.
 2. Concentración plasmática de glucosa en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl (7 mmol/L). Para este fin el estado de ayuno se define como la ausencia de ingreso de calorías por lo menos durante las últimas 8 horas.
 3. Glucemia en ayunas menor del valor diagnóstico, pero un valor de glucosa plasmática igual o mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) 2 horas después de administrar por vía oral una carga de 75 g. de glucosa.
- 2) *Para anormalidad* de la glucemia en ayunas y anormalidad de la tolerancia a la glucosa (intolerancia a la glucosa).

La nueva clasificación reconoce los casos de personas que **no son diabéticos**, pero cuyas cifras de glucemia son altas para considerarse “normales”. Abarca dos formas:

- A) anormalidad de la glucosa en ayunas. Con cifras iguales o mayores de 100 mg/dl, pero menor de 126 mg/dl.
- B) Anormalidad en la tolerancia a la glucosa, o intolerancia a la glucosa. Cuya medición es de glucemia igual o mayor de 140 mg/dl, pero menor de 200 mg/dl dos horas después de administrar 75 g. de glucosa por vía oral, es decir, en el valor de las 2 horas de una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG).

3) *Para diabetes Gestacional.*

El diagnóstico se establece cuando existen síntomas de la enfermedad y concentración plasmática de glucosa igual o mayor de 200 mg/dl en una muestra aleatoria, cuando la concentración plasmática de glucosa en ayunas es igual o mayor de 126 mg/dl en ausencia de síntomas o mediante el uso de una Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG). Esta curva se ajusta en el caso de la mujer embarazada en tres aspectos: se administra 100 g de glucosa a la embarazada (75 g es lo que se usa en las personas no embarazadas); la duración de la CTOG es de 3 horas para la embarazada y 2 horas para hombres y en no embarazadas; la frecuencia de obtención de las muestras es de cada hora en la embarazada y 2 horas en el resto.

4.1 Prueba diagnóstica: la Curva de tolerancia oral a la glucosa.

Esta es la prueba más sensible para identificar diabetes mellitus en sus etapas más tempranas. Estas son las condiciones para realizarla. (Rios y Rull, 2011, p 14).

1. Se realiza por la mañana y después de tres días sin restricción de actividad física o de dieta, (por lo menos 150 g al día de carbohidratos).
2. El ayuno previo no debe ser menor de 10 h ni mayor de 16 h y sólo se permite el consumo de agua en ese periodo.

3. El individuo tiene que permanecer sentado y sin fumar durante la prueba.
4. Debe evitarse cualquier tipo de estrés, emocional o físico, inmediatamente antes y durante la prueba.
5. Suspender medicamentos que puedan modificar la tolerancia a la glucosa (hipoglucemiantes orales por lo menos dos semanas antes, hormonales anticonceptivos un mes antes y otros fármacos por lo menos tres días antes de la prueba); en caso de diuréticos debe asegurarse que la concentración sérica de potasio sea normal.
6. La carga de glucosa es de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua en ausencia de embarazo y de 100 g de glucosa en mujeres embarazadas.
7. La carga de glucosa se consume en 5 min. en forma de una solución glucosada al 25% (25g/dl).
8. El tiempo cero es el momento del primer trago de la solución. Debe obtenerse una muestra en ayunas y otra 2h después del tiempo cero. En mujeres embarazadas las muestras se obtienen cada hora durante 3 horas.
9. Las muestras se colocan en tubos que contienen 30 mg de fluoruro de sodio por cada 5 ml de sangre, luego se centrifugan y el plasma se separa dentro de las 4 h que siguen a la obtención: si no se procesan de inmediato, deben mantenerse congeladas.

5. TIPOS CLÍNICOS DE DIABETES MELLITUS.

La diabetes es en realidad un síndrome clínico que tiene distintas causas.(Ríos y Rull, 2011 p. 17). Y existen formas primarias y secundarias de la enfermedad. Las **primarias** son las que son resultado de susceptibilidad individual determinada genéticamente para expresar la enfermedad. Estas corresponden a la **diabetes 1 y 2**, aunque también incluyen **ciertos defectos genéticos** específicos de la secreción y acción de la insulina que se clasifican dentro de *Otros tipos específicos de diabetes*.

Diabetes mellitus tipo. 1

Antes se llamaba diabetes mellitus dependiente de insulina o diabetes juvenil, con tendencia a la cetosis o inestable, es la forma más grave de la diabetes mellitus primaria y es la menos frecuente, (sólo entre 1 y 2% del total en México.) Puede iniciarse en la juventud o antes. Inicia repentinamente y presenta tendencia a la cetosis cuando la administración exógena de insulina falta, y se caracteriza por falta de insulina endógena. Su primera manifestación es la cetoacidosis. Generalmente afecta a personas en su peso ideal. Hay una subclasificación de diabetes tipo 1^a que es la forma más frecuente de diabetes 1 h afecta a niños y adolescentes, se acompaña de marcadores serológicos de autoinmunidad y avanza rápidamente a la cetosis por falta absoluta de insulina. El tipo 1b comprende casi 10% de los casos de diabetes tipo 1, afecta a mujeres entre el cuarto y el sexto decenios de edad con antecedentes familiares de autoinmunidad y en el individuo afectado se relaciona con otras enfermedades autoinmunitarias de órganos específicos como la tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves, adrenalitis autoinmunitaria, falla gonadal primaria, anemia perniciosa o miastenia grave, entre otras.

Diabetes mellitus tipo 2.

Antes se la llamaba diabetes mellitus no dependiente de insulina, diabetes del adulto, de inicio en la madurez, resistente a la cetosis o estable, es la forma más frecuente de diabetes mellitus primaria (98 a 99% del total de México). Aparece generalmente en el cuarto decenio de la vida y su prevalencia aumenta con la edad. Sus síntomas aparecen de manera más gradual que en la diabetes tipo 2 y frecuentemente tiene un curso asintomático, y se descubre en forma incidental por un examen de laboratorio de rutina. La mayoría de los pacientes (80 a 85%) con esta diabetes, es obesa en el momento de diagnóstico; luego pierden peso. Una minoría está en su peso ideal. Aunque la concentración plasmática de insulina puede parecer normal o aun elevada en cifras absolutas, en realidad es anormalmente baja para la concentración prevalente de glucosa o cuando se comparan pacientes diabéticos y no diabéticos con el mismo grado de obesidad.

Otros tipos específicos de diabetes.

A. Defectos genéticos de la función de la célula beta.

Incluyen defectos monogénicos (atribuibles a un solo gen) que afectan la capacidad funcional de la célula beta. Y se caracterizan por a) tener un patrón hereditario autosómico dominante. b) porque la hiperglucemia se inicia generalmente antes de los 25 años de edad y c) porque el defecto radica en la secreción de la insulina y no en su acción. Existen variantes que se distinguen clínicamente por el grado de reserva endógena de insulina, la prevalencia de complicaciones crónicas, el umbral renal para la glucosa y el grupo étnico en el que se presentan. En el pasado se les designó diabetes tipo MODY (maturity onset diabetes of the young) . Se han identificado defectos en distintos loci genéticos en diferentes cromosomas. La forma más común se vincula con mutaciones en el cromosoma 12, en relación con el gen del HNF-1-alfa (hepatocyte nuclear factor) (MODY 3). La segunda forma se relaciona con mutaciones en el gen de la glucocinasa en el cromosoma 7p (MODY 2), glucocinasa es una enzima que forma parte del sistema sensor de la glucosa en la célula beta, y los trastornos en este sistema demandan una mayor concentración de la glucemia para producir una respuesta de la célula beta. Una tercera forma se vincula con una mutación del gen HNF-4-alfa en el cromosoma 20q (MODY 1). Otras dos formas descritas de MODY son las asociadas al gen del insulín promotor factor (IPF 1) (MODY 4), del HNF-1-beta (MODY 5) y del Neuro D1. También se han descrito mutaciones puntuales en el DNA mitocondrial asociadas a diabetes mellitus y sordera. Otros defectos genéticos menos frecuentes incluyen la incapacidad para transformar la proinsulina en insulina, lo que se transmite con un patrón autosómico dominante, así como defectos en la síntesis de la molécula de insulina.

B. Defectos genéticos de la acción de la insulina.

Abarcan un espectro de alteraciones metabólicas que van desde la hiperglucemia leve con hiperinsulinemia hasta la diabetes grave. Algunos individuos tienen acantosis nigricans y las mujeres adultas pueden presentar androgenización y crecimiento ovárico. Se han descrito diversas mutaciones en los genes de las subunidades alfa y beta del receptor de insulina y cada una afecta en

un grado distinto la activación de las señales intracelulares que en condiciones normales deberían resultar de la unión de la insulina con su receptor. En el pasado el conjunto de estos defectos se llamó “síndrome de resistencia a la insulina tipo A”. El leprechaunismo y el síndrome de Rabson-Mendenhall son dos ejemplos de síndromes congénitos con mutaciones en el gen del receptor de la insulina y resistencia extrema a la acción de la hormona. No se ha demostrado un defecto en el receptor en la diabetes lipoatrófica con resistencia a la insulina y se asume que el defecto ocurre a nivel posreceptor.

C. Enfermedades del páncreas exócrino.

Cualquier proceso patológico que afecte al páncreas en forma difusa puede causar diabetes. Las enfermedades relacionadas incluyen: pancreatitis, traumatismo, infección, pancreatectomía, hemocromatosis, fibrosis quística y carcinoma pancreático. La diabetes fibrocalculosa se define histopatológicamente por la presencia de fibrosis perilobular e interlobular, con sustitución progresiva de los acinos por tejido fibroso. Con una placa simple de abdomen se puede identificar las calcificaciones pancreáticas que no se limitan al trayecto del conducto pancreático principal, a diferencia de la pancreatitis crónica calcificada. En ciertas áreas geográficas existe una relación causal de la diabetes fibrocalculosa con alimentos ricos en glucósidos cianógenos que son fuente de cianuro como el sorgo, mijo, ñame y sobre todo, raíz de yuca o cazabe; ésta última muy usada en harina para alimento en países en desarrollo.

D. Enfermedades endócrinas.

Un exceso en la concentración de las hormonas que antagonizan la acción de la insulina puede producir intolerancia a la glucosa o diabetes. Entre éstas se encuentran las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), glucagón, cortisol y hormona del crecimiento. La diabetes, que por lo general ocurre en individuos con un defecto preexistente en la producción de insulina, puede desaparecer cuando el exceso de estas hormonas contrarreguladoras se disipa.

E. Diabetes inducida por sustancias químicas y medicamentos.

Muchos medicamentos afectan la secreción de insulina y pueden precipitar diabetes en sujetos que presenten además resistencia a la insulina. Otras sustancias químicas deterioran la sensibilidad a la insulina y algunas más inducen la formación de anticuerpos antiislole.

F. Infecciones.

Ciertos virus se vinculan con destrucción de las células beta; éstos incluyen coxsackievirus B, citomegalovirus, adenovirus y virus de la parotiditis. En algunos casos, como la rubéola congénita, la infección se sigue de destrucción autoinmunitaria de las células beta en individuos que tienen un haplotipo HLA de riesgo y que presentan marcadores inmunológicos característicos de la diabetes tipo 1.

G. Formas poco comunes de diabetes medida por el sistema inmunológico.

Esta categoría incluye dos alteraciones: el síndrome del “hombre tieso” y los anticuerpos contra el receptor de insulina. La primera es una enfermedad autoinmunitaria del sistema nervioso central que se caracteriza por rigidez de los músculos axiles y espasmos dolorosos, con títulos elevados de anti-GAD y diabetes en 33% de los casos. En la segunda, los anticuerpos antirreceptor pueden producir diabetes al interferir con la unión de la insulina con su receptor; es posible observar estos anticuerpos en pacientes con lupus eritematoso sistémico y originan lo que antes se llamó síndrome de resistencia a la insulina tipo B. En algunos casos los anticuerpos antirreceptor de insulina pueden tener una función agonista y producir hipoglucemia.

H. Otros síndromes genéticos que en ocasiones se relacionan con diabetes.

Están enlistados anteriormente. El síndrome de Wolfram es un trastorno autosómico recesivo que se caracteriza por diabetes con deficiencia de insulina (por pérdida de células beta), diabetes insípida, atrofia óptica, sordera neural e hipogonadismo; también se le conoce por DIDMOAD (diabetes insipid, diabetes mellitus, optic atrophy, deafness).

Diabetes gestacional.

Al identificarse, se puede reducir la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal y prevenir la diabetes mellitus en la mujer, después del parto. Se calcula que el 2% de los embarazos presentan la diabetes gestacional en el mundo desarrollado, pero en México es de 6 a 11%. La mujer del primer mundo podrá contraer diabetes mellitus después del embarazo en un 60% después de 15 años; mientras que en México padecerá diabetes un 50% después de 5 años.

6. PATOGENIA.

El proceso mediante el cual el organismo ve alteradas sus funciones es descrito a continuación, tanto en el caso de la diabetes mellitus tipo 1, como en el tipo 2. (Ríos y Rull, 2011, p 21).

Diabetes mellitus tipo 1.

La acción de ciertos agentes ambientales sobre un individuo genéticamente susceptible produce insulinitis y la modificación antigénica de las células beta del páncreas, con lo que se activa un proceso autoinmunitario que destruye en forma progresiva estas células y reduce la reserva de insulina. Los síntomas clínicos de diabetes aparecen cuando la producción de insulina es insuficiente para mantener la acción homeostática de la hormona. Con el tiempo las células beta se pierden por completo y el comportamiento de la diabetes tipo 1 se vuelve inestable. La etapa preclínica, que abarca desde el inicio de la insulinitis hasta los primeros síntomas, dura varios años. La destrucción autoinmunitaria de los islotes no progresa siempre de manera uniforme sino que puede evolucionar con periodos de actividad y de remisión temporal. Es necesario que la masa total de células beta se reduzca en 80 a 90% para que la diabetes tipo 1 ocurra. El riesgo de sufrir diabetes tipo 1 se relaciona con ciertos genes de la región HLA-D del complejo mayor de

histocompatibilidad, que se localiza en el cromosoma 6. Las proteínas cuya síntesis dirigen estos genes son heterodímeros, con una cadena alfa y otra beta, cuya función es presentar los antígenos a los linfocitos T para activarlos. Estas proteínas se expresan en la membrana de las células beta en la diabetes tipo 1, situación que no ocurre en condiciones normales. Tal vez se requiera la expresión coordinada de más de un gen para conferir susceptibilidad para la diabetes tipo 1. Ciertas infecciones virales se identifican como probables desencadenantes del proceso. Los mecanismos propuestos son la rotura de las células con exposición de sus proteínas, la modificación del genoma que lleva a la expresión de antígenos anormales o ambas cosas. Además, ciertos virus inducen la aparición de moléculas HLA-D en la superficie de las células beta, lo que incrementa la presentación de antígenos a los linfocitos T. Entre éstos virus están el Coxsackie B, citomegalovirus y virus de la rubéola. Durante la etapa preclínica hay una disminución progresiva de la fase inicial de secreción de insulina en respuesta a la glucosa. En el momento del diagnóstico la fase inicial se ha perdido y la secreción de insulina descende. Tras el diagnóstico de diabetes la secreción de insulina se valora mediante la medición de la concentración del péptido C circulante. Se observa que la insulina y el péptido C eventualmente desaparecen del plasma en todos los pacientes, lo que indica pérdida de todas las células beta. La velocidad de destrucción de las células beta es muy variable y en general ocurre más rápido en niños que en adultos. Especialmente niños y adolescentes, pueden tener cetoacidosis como primera manifestación de la enfermedad. Otros empiezan con hiperglucemia leve o moderada que puede progresar con rapidez a hiperglucemia grave o a cetoacidosis con presencia de infección o estrés. Los adultos pueden mantener una función residual suficiente para evitar cetoacidosis durante muchos años.

Diabetes mellitus tipo 2.

En la diabetes tipo 2 el páncreas es incapaz de mantener una producción adecuada de insulina ante una demanda que se incrementa por la disminución de la actividad biológica de la hormona. La disminución en la sensibilidad a la insulina afecta en diferentes grados el metabolismo de la glucosa y los lípidos, sobre todo en los tejidos muscular, hepático y adiposo. La disminución en la captación y uso de la glucosa mediada por insulina en el músculo, se usa como indicador de la resistencia a la insulina. Existen diferentes grados de resistencia a la insulina relacionada con la diabetes mellitus y en algunos casos puede haber resistencia a la insulina con tolerancia normal a la glucosa. Por ello, la resistencia a la insulina es un factor necesario pero no suficiente para la presentación de la diabetes. La secreción deficiente de insulina siempre produce intolerancia a la glucosa y frecuentemente diabetes mellitus. La explicación convencional es que el fenómeno primario para la diabetes tipo 2 es la resistencia a la insulina y el defecto pancreático es la consecuencia del agotamiento de las células beta. No obstante, se demostraron defectos tempranos en la secreción de insulina tanto en etapas preclínicas de la diabetes como en familiares de primer grado de pacientes con diabetes tipo 2. También se observó muchos individuos con resistencia a la insulina igual o mayor que la que se observa en la diabetes, y que son capaces de mantener elevada secreción de insulina durante períodos prolongados y conservan normal la tolerancia a la glucosa. De cualquier modo, tanto el defecto en la secreción como de acción de insulina, son necesarios para la completa expresión de la diabetes tipo 2. Tal vez el grado y duración de la resistencia a la insulina que se requieren para la presentación de diabetes podrían depender de la capacidad innata de las células beta para adaptarse a la situación. Los estudios actuales afirman que la susceptibilidad de

padecer diabetes tipo 2 tienen un componente hereditario. Los principales factores adquiridos que contribuyen a la presentación de diabetes tipo 2, están relacionados con la resistencia a la insulina, por ejemplo: obesidad, inactividad física, embarazo y edad avanzada. Igualmente, algunos individuos en su peso ideal, poseen exceso de tejido adiposo en el abdomen. En la secuencia de los cambios en la secreción de insulina, se observan alteraciones en la secreción pulsátil, defectos en la primera fase de la secreción, insensibilidad de la célula beta selectiva para glucosa, decremento en la potenciación de glucosa por otros secretagogos de insulina y cambios en la relación proinsulina/insulina. La respuesta secretoria disminuye en términos absolutos y la glucemia en ayunas se eleva una vez que se pierde 75% de la capacidad funcional de la célula beta. Además de la resistencia a la insulina, se presentan otras alteraciones como: disminución de la acción antilipolítica, reducción en la capacidad de suprimir la gluconeogénesis y la producción hepática de glucosa, y descenso en la captación y utilización de glucosa por el tejido muscular. El aumento resultante de ácidos grasos libres contribuye a estimular la gluconeogénesis hepática excesiva. La hiperglucemia posprandial es consecuencia tanto de la producción hepática irrestricta como de la falta de utilización de glucosa en el músculo. Este defecto resulta de la disminución en el transporte de glucosa estimulado por insulina y en la utilización no oxidativa de la glucosa. O sea, es producto de un defecto en la síntesis de glucógeno muscular. La acción anormal de la insulina puede obedecer a una reducción de la actividad autocatalítica del receptor y, con mayor probabilidad, a anomalías de los segundos mensajeros que vinculan la activación del receptor con sistemas intracelulares específicos tanto enzimáticos como de transporte de glucosa. Por lo tanto es importante recordar que la hiperglucemia deteriora tanto la secreción como la acción de la insulina, mientras que el restablecimiento de la normoglucemia mediante control dietético, hipoglucemiantes o insulina, mejora las dos alteraciones.

7. ESCRUTINIO DE DIABETES EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS.

A continuación se describen los criterios para realizar el escrutinio de diabetes en individuos asintomáticos. (Ríos y Rull, 2011, p 26).

Considerando que un gran número de individuos pueden tener diabetes sin saberlo, se recomienda hacer un escrutinio si existe al menos una de estas situaciones: **a)** historia familiar de diabetes; **b)** sobrepeso (índice de masa corporal de 27 o mayor); **c)** antecedentes de diabetes gestacional; **d)** antecedentes de productos macrosómicos (producto de 4 kgs o más); **e)** hipertensión o dislipidemia.(tensión arterial igual o mayor de 150/90); **f)** antecedentes de pérdida fetal en el último trimestre del embarazo; **g)** un valor de colesterol de lipoproteínas de alta densidad igual o menor de 35 mg/dl.; **h)** un valor de triglicéridos igual o mayor de 250 mg/dl; **i)** una prueba previa diagnóstica de “anormalidad de la glucosa en ayunas” o de intolerancia a la glucosa.

Este escrutinio es hoy en día muy relevante, porque la frecuencia de diabetes se incrementa con la edad y en México, **uno de cada cuatro individuos mayores de 55 años tiene diabetes**. Por esto se recomienda, como mínimo, que cada tres años se mida la glucosa en ayunas a adultos mayores de 45 años.

8. LA ACCIÓN FUNDAMENTAL DE LA INSULINA.

La insulina es una hormona anabólica cuya acción básica es permitir la entrada de la glucosa a las células. Además regula la mayor parte de las vías metabólicas que se conocen: inhibe la degradación de las proteínas y permite su síntesis, estimula la acumulación de grasa en el adipocito e inhibe su degradación.

De modo más específico, (Gómez y Aguilar, 2011, p 29) la insulina actúa en:

- 1) El tejido adiposo: incrementa la utilización de glucosa, lipogénesis, actividad de la lipasa lipoproteica e inhibe la lipólisis.
- 2) En el músculo: aumenta la utilización de la glucosa, síntesis de glucógeno, síntesis proteica e inhibe la proteólisis.
- 3) En el hígado: incrementa la utilización de la glucosa, síntesis de glucógeno, síntesis proteica, depuración de lipoproteínas. Inhibe la proteólisis, gluconeogénesis, secreción de lipoproteínas, concentraciones de SHBG, síntesis de PAI-1.
- 4) En el endotelio: aumenta la vasodilatación e inhibe la agregación plaquetaria.
- 5) Otros: aumenta el crecimiento, retención de sodio, excreción de ácido úrico, activación del sistema nervioso simpático, termogénesis inducida por alimentos, hiperpolarización de membranas, prolongación de QT, síntesis de hormonas sexuales.

Dado el amplio espectro de su acción, es comprensible que un defecto en su acción tenga múltiples consecuencias, dependiendo de su severidad y de los tejidos involucrados. La llamada “resistencia a la insulina” se asocia a casos donde existe obesidad, ovarios poliquísticos, hipertensión arterial, diversas dislipidemias, hiperuricemia y esteatohepatitis no alcohólica. Si la función básica de la insulina es inducir la captación de la glucosa en la mayoría de los tejidos, es a través de un efecto indirecto: la hormona induce vasodilatación muscular, lo que aumenta el número de fibras musculares que pueden utilizar glucosa. En condiciones de euglucemia, la utilización de la glucosa aumenta en proporción directa con la concentración de la insulina, siguiendo una relación hiperbólica. La tasa de utilización máxima es 11 a 12 mg/kg/min, la cual ocurre con niveles de insulina de 250 U/ml. Un órgano (el músculo estriado) es el responsable de 70 a 85% de este efecto. Otros órganos tienen contribuciones menores a la captación de glucosa mediada por la insulina: tejido adiposo de 2 a 3 %; cerebro 14%, y órganos contenidos en el lecho esplácnico 10%. La insulina induce la utilización de la glucosa por las células mediante su interacción con un receptor específico. El receptor de la insulina está compuesto por dos subunidades alfa extracelulares (que son el sitio de unión a la hormona) las cuales se unen (mediante puentes disulfuro) a dos subunidades beta. La región en contacto con el citosol tiene actividad de una tirosín proteína cinasa, la cual media las acciones intracelulares de la insulina.

9. RESISTENCIA A LA INSULINA.

La definición de la “resistencia a la insulina” se basó en una de las acciones esta hormona anabólica que induce la captación de glucosa en la mayoría de los tejidos. (Gómez y Aguilar, 2011, p 30).

Existen tres mecanismos fisiopatológicos de la resistencia a la insulina:

a) Anormalidades causantes de resistencia a la insulina relacionadas con las cascadas de señalización de la insulina.

La insulina se une a residuos localizados en los primeros 500 aminoácidos de las subunidades alfa. El aminoácido fenilalanina localizado en la posición 89 es crítico para la unión de la insulina al receptor. Tal fenómeno es influido por la concentración de la insulina. A niveles bajos fisiológicos, la hormona se puede unir con alta afinidad al receptor; en contraste, si la concentración es alta, las moléculas de insulina compiten entre sí por los receptores, disminuyendo su unión y acción. Una vez que la hormona se ha unido al receptor, la cadena beta se autofosforila adquiriendo la actividad de una tirosín cinasa que puede modificar otros sustratos. La unión de la insulina al receptor determina que éste último sufra endocitosis y sea degradado en el interior de la célula; por ello, la exposición a concentraciones altas de insulina determina un menor número de receptores en la superficie celular. Los compuestos que se unen a la porción tirosín cinasa del receptor son múltiples. Algunos de ellos son la familia de proteína IRS (sustratos del receptor de insulina, las proteínas Cbl (casitas B-lineage lymphoma), SHC, APS, SH2B, GAB1/2, DOCK1/2 y CAP (proteína asociada a Cbl). Las IRS parecen ser los mediadores más importantes de la señal de insulina. Todas las IRS tienen una estructura similar caracterizada por múltiples sitios donde puede sufrir fosforilación. Al ser fosforiladas activan diversas cascadas metabólicas. Una de ellas genera segundos mensajeros que se unen a enzimas, críticas para las acciones de la insulina sobre el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos. En esta cascada participan moléculas como TC10, cuya manipulación con modelos animales cambia la acción de la insulina. Para cada uno de los pasos que se activan por la acción de la insulina hay un mecanismo contrarregulador que limita la duración de la señal. Ej: la inactivación de los factores foxo es causa de resistencia a la insulina en modelos animales; si el defecto incluye las células beta, el resultado será un fenotipo similar a la diabetes. Entre los principales defectos genéticos en la cascada de señalización de la insulina asociados con resistencia a la insulina en humanos están las moléculas de: receptor de insulina (en caso de resistencia extrema a la insulina genera leprechaunismo; IRS-1; IP3-cinasa, PKB, Glucógeno Sintetasa y AGPAT2, LMNA, PPAR-gamma y AKT2.

b) La resistencia a la insulina como un mecanismo de defensa.

El estrés agudo y la exposición crónica a un balance energético positivo son condiciones en que la resistencia a la insulina tiene un papel como mecanismo compensatorio. En el primer caso, la reducción de la acción de la insulina tiene por objeto evitar la hipoglucemia y derivar la glucosa para ser empleada en los órganos vitales (cerebro) que no requieren de insulina para captarla. La hipoglucemia resulta del aumento de la utilización de glucosa en los tejidos periféricos y un menor aporte por la dieta. La resistencia a la insulina ocurre durante los eventos de estrés agudo debido al aumento en la concentración de los ácidos grasos y de las hormonas contrarreguladoras. En contraste, la resistencia a la insulina causada por la exposición crónica a un balance energético positivo busca disminuir el apetito y limitar la expansión del tejido adiposo. La insulina y diversos mediadores de la

inflamación (como la interleucina 6) tienen acciones anorexígenas. Sin embargo, la hiperinsulinemia resultante no cumple con tales objetivos y por el contrario, contribuye a la génesis de los componentes del síndrome metabólico.

c) Defectos funcionales en la señalización de la insulina: la función del tejido adiposo.

Una explicación alternativa para la menor activación de la cascada de señalización del receptor de insulina es la presencia de compuestos que la inhiban como los ácidos grasos, el diacilglicerol, la ceramida y los mediadores del proceso inflamatorio como el factor de necrosis tumoral alfa. Estos compuestos tienen una característica en común: su acumulación se asocia a disfunción del tejido adiposo. Aunque la grasa no tiene un papel importante en la utilización de glucosa inducida por la insulina, el tejido adiposo modula la sensibilidad a la insulina de otros tejidos. Por ejemplo, en lipodistrofias (ausencia de grasa corporal), se asocian a resistencia a la insulina severa y al depósito de lípidos en tejidos anormales. Las alteraciones se revierten al trasplantar tejido adiposo. La función primaria del adipocito es captar y almacenar ácidos grasos en su interior. Las fuentes de los ácidos grasos son dos: los transportados en las lipoproteínas y los sintetizados de novo en el interior del adipocito. La mayoría de los ácidos grasos son obtenidos por el adipocito de la degradación de los triglicéridos transportados en las lipoproteínas. La degradación de los triglicéridos de las lipoproteínas es debida a la lipasa lipoproteica, enzima localizada en la superficie del endotelio. La lipasa sensible a hormonas degrada los triglicéridos almacenados en el adipocito; como resultado de su acción se liberan al torrente sanguíneo ácidos grasos libres, que serán empleados en otros tejidos. Este proceso es regulado por varias hormonas. Las catecolaminas y otras hormonas liberadas durante el estrés estimulan la liberación de ácidos grasos libres al activar la lipasa sensible a hormonas. Por el contrario, la insulina facilita la acumulación de triglicéridos e el adipocito al estimular la síntesis de la lipasa lipoproteica e inhibir la actividad de la lipasa sensible a hormonas. La resistencia a la insulina que acompaña a los estados en que existen adipocitos disfuncionales (como la obesidad abdominal o las lipodistrofias) puede ser explicada por tres mecanismos: efectos tóxicos sobre la señalización de la insulina causados por las concentraciones altas de ácidos grasos sanguíneos, incapacidad del tejido adiposo para prevenir el depósito de lípidos en otros tejidos y, finalmente, por variaciones en las concentraciones de las hormonas producidas en el tejido graso.

En síntesis, la resistencia a la insulina es uno de los **defectos iniciales** de la fisiopatología de la diabetes. Y el exceso de aporte energético en combinación con la disfunción del tejido adiposo tiene un papel central en la fisiopatología de la resistencia a la insulina. Las alteraciones en la cascada de señalización de la insulina ocurren principalmente en el músculo y en el hígado. También en las células endoteliales, el tejido adiposo y en las neuronas.

10. HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN INICIAL DE LABORATORIO.

Puesto que la diabetes puede provocar diversas complicaciones, la asistencia a las citas médicas es muy importante. La Asociación Norteamericana de Diabetes (American Diabetes

Association, 2008, S12), recomienda estos datos indispensables en la **exploración física** inicial del paciente:

- 1) Talla y peso.
- 2) En niños, estadio de maduración sexual.
- 3) Presión arterial con cambios ortostáticos.
- 4) Examen cardiaco.
- 5) Pulsos arteriales.
- 6) Pies.
- 7) Piel, sitios de inyección de insulina.
- 8) Examen dental.

Estas recomendaciones, se han integrado en los **criterios** que en **México** se sugieren, (Molina y Mercado, 2011, p 54) en la valoración integral del paciente.

1. Ficha de **identificación**.

2. **Antecedentes** importantes.

- a) Familiares de primer grado con Diabetes Mellitus.
- b) Antecedentes de productos macrosómicos mayores de 4 kg.
- c) Tabaquismo.
- d) Alcoholismo.

También considerar estilo de vida, actividades culturales, de educación, psicosociales y factores económicos que contribuyen al control y descontrol de la enfermedad.

Antecedentes de **enfermedades asociadas**. Identificar y evaluar las siguientes entidades que pueden relacionarse con la Diabetes Mellitus (DM).

- a) Obesidad.
- b) Hipertensión Arterial.
- c) Dislipidemia.

Otras entidades:

- a) Glucosa de ayuno alterada.
- b) Intolerancia a la glucosa.
- c) Historia de enfermedad cardiovascular.
- d) Síndrome de ovarios poliquísticos.

3. **Evaluación** del paciente.

Una vez que se ha identificado al paciente con DM se deben evaluar los siguientes aspectos:

- a) Tiempo de evolución.
- b) Fecha de diagnóstico.

- c) Si tiene o no tratamiento actual.
- d) Dosis de los fármacos empleados.
- e) Combinación de medicamentos para el tratamiento de la hiperglucemia.
- f) Tiempo de tratamiento.
- g) Si se han aplicado estrategias nutricionales o de actividad física (si hace dieta y/o ejercicio).
- h) Si es diabetes de diagnóstico reciente.
- i) Interacción con medicamentos.
 - Medicamentos que se administran de manera concomitante diferentes al tratamiento de la hiperglucemia y se utilizan para el manejo de comorbilidades como: antihipertensivos, hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios del tipo del ácido acetilsalicílico, etc.
 - Medicamentos que se utilizan para el manejo de complicaciones, sobre todo crónicas, de la DM: antidepresivos tricíclicos, carbamazepina, GABA-pentina, ácido tióctico, pregabalina, etc.
 - Otros medicamentos que se administran de manera concomitante diferentes al tratamiento para DM que pueden causar hiperglucemia o hipoglucemia.
 - tipo
 - dosis
 - motivo.

4. Evaluación de **signos y síntomas** en relación con DM.

Estado general.

a) Energía: se evaluará preguntando al paciente sobre los siguientes síntomas:

- fatiga
- sueño
- pesadez
- debilidad
- apetito
- sed
- poliuria: Evaluar a través del nictámero el número de micciones que el paciente experimenta ya sea durante el día (diuria) y la noche (nicturia).
- pérdida o ganancia de peso
- evacuaciones:
 - diarrea
 - estreñimiento
 - periodos alternos diarrea/estreñimiento.

b) Cuadros de hipoglucemia:

- señale el número de eventos que se han suscitado en el último mes
- indique el número de eventos que se han suscitado en la última semana
- frecuencia de los eventos por día. Horario de los eventos.

- evaluar las causas posibles de la hipoglucemia:
 - menor ingesta
 - incremento en las dosis del medicamento empleado
 - incremento exagerado de la actividad física

A continuación señale si existen los siguientes eventos.

- infecciones: interrogar tiempo de evolución, síntomas, forma de aparición, lugar de origen, etc.
 - vías aéreas (altas y bajas)
 - de cavidad oral (caries dental, candidiasis "C. albicans")
 - genitourinarias (vías urinarias altas, bajas, genitales)
 - infecciones en pies y manos
 - otras

Evaluar tiempo de evolución, tratamiento y duración del tratamiento si existió remisión o no, y si requirió de segundos esquemas de manejo con antibióticos.

5. Evaluación de las **complicaciones**.

a) Agudas.

- Estado hiperosmolar
- Cetoacidosis diabética

b) Crónicas

- Retinopatía: agudeza visual, fondo de ojo.
- Nefropatía: examen general de orina (incluye proteínas), creatinina, depuración de creatinina en orina de 24 horas, microalbuminuria.
- Neuropatía: examen neurológico, pares craneales, sensibilidad en miembros inferiores, pruebas frío/calor, prueba de vibración (uso de diapason), exploración de reflejos (aquileo y patelar).
- Aterosclerosis: factores de riesgo relacionados, lípidos séricos en ayuno, pulsos periféricos, electrocardiograma, problemas de los pies (examen minucioso de éstos).

6. **Exploración** General.

En cada una de las áreas exploradas tomar en cuenta cada una de las alteraciones encontradas que tengan relación con el descontrol metabólico, así como la presencia de lesiones o signos que permitan identificar alguna complicación aguda o crónica, o bien datos de mala nutrición.

- Examen neurológico: exploración de pares craneales.
- Fondo de ojo.

- Cavity oral: higiene, piezas dentales, estado y número, estado de las encías, caries, evaluar si existe estado infeccioso.
- Cuello: estado de la superficie, ganglios, existencia de masas anormales, glándula tiroidea, movimientos.
- Tórax: campos pulmonares, área cardíaca (ruidos y frecuencia cardíaca).
- Abdomen: sensibilidad, crecimientos anormales de órganos, masas anormales y palpables, puntos ureterales, vejiga retencionista.
- Genitales: grado de maduración, búsqueda de infecciones, otras alteraciones.
- Extremidades: sensibilidad, dolor, temperatura, pulsos, cambios de coloración, movilidad, búsqueda e identificación de procesos infecciosos.
- Piel y anexos: estado de la superficie, evaluación de lesiones, datos de infección, datos carenciales, presencia de acantosis nigricans, sitios de aplicación de insulina.

7. Evaluación de **laboratorio**

- Glucosa plasmática en ayuno
- Niveles de glucemia posprandial
- Niveles de hemoglobina glucosilada (cada 3 o 4 meses)
- Niveles de lípidos
- Microalbuminuria
- Creatinina sérica
- Glucosuria, proteinuria, cetonuria
- Examen general de orina (posibilidad de infección)
- Urocultivo
- Cultivos
- Pruebas de función tiroidea si éstas son indispensables
- Pruebas de función hepática
- Electrocardiograma (en adultos).

A partir de estos eventos clínicos y parámetros puede conocerse la evolución del paciente y decidir la forma de intervenir, logrando metas y previniendo o retardando el desarrollo de las complicaciones, de acuerdo con las guías de manejo de la Diabetes Mellitus, tanto en México como en Estados Unidos de América.

11. COMPLICACIONES.

Las complicaciones más frecuentes asociadas al padecimiento de Diabetes Mellitus son de dos tipos:

1) Agudas.

- Cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar.
- Hipoglucemia.

2) Crónicas.

- Hipertensión arterial.
- Nefropatía diabética.
- Dislipidemias.
- Cardiopatía isquémica esclerótica
- Insuficiencia vascular periférica
- Neuropatía diabética.
- Neuropatía: a) Neuropatía autonómica cardiovascular. b) Trastornos gastrointestinales y hepato biliares. c) Neuropatía autonómica del sistema genitourinario .
- Problemas oculares.
- Infecciones.
- Enfermedades periodontales.
- Pie diabético.

Mientras que las agudas pueden causar la muerte inmediata, dependiendo de la magnitud en la que se presenten, las crónicas van deteriorando paulatinamente al organismo, generando impedimentos físicos y en estados avanzados también provocan la muerte. Las agudas provocan inconsciencia y se recomienda hospitalizar al paciente apenas presente indicios de ello. Por esto es importante el automonitoreo constante de sus cifras de glucosa en sangre.

12. HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Pueden distinguirse tres etapas en la evolución de este padecimiento (Romero y Caballero, 2011, p 142).

Etapas 1: susceptibilidad genética y factores ambientales.

Se caracteriza por presencia de resistencia a la insulina, favorecida por aspectos genéticos o ambientales, como obesidad y sedentarismo. Se caracteriza por disminución de la respuesta a la acción de la insulina e hiperinsulinemia relativa como consecuencia de la compensación por las células beta del páncreas. Las cifras de glucosa en plasma se encuentran en rangos normales, aunque pueden coexistir alteraciones metabólicas y hemodinámicas que provocan el llamado “síndrome metabólico”; dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial y disfunción endotelial, favoreciendo el desarrollo de la enfermedad vascular aterosclerótica.

Etapas 2: prediabetes.

Persiste el estado de resistencia a la insulina, progresan las alteraciones hemodinámicas y metabólicas. Disminuye la capacidad secretora compensatoria de la célula beta y esto se manifiesta por el retraso o pérdida de la primera fase de secreción de insulina, que se convierte en hiperglucemia posprandial. Posteriormente, se elevan las cifras de glucosa en ayunas pero suficientemente como para considerar el diagnóstico de diabetes. Entre el 15 y 60% de las personas en este caso, serán diabéticos en un lapso de entre 5 a 10 años.

Etapa 3: diabetes.

Como efecto de la disminución progresiva en la secreción de insulina por la célula beta, frecuentemente asociada con la resistencia a la insulina, se llega al diagnóstico de diabetes. Esto significa que los valores de glucosa en ayuno se elevan.

Se considera que, entre la primera y la tercera etapa, ha transcurrido un promedio de 7 a 12 años de enfermedad. Pero como el paciente no se diagnosticó a tiempo porque la primera etapa es asintomática, presenta ya complicaciones microvasculares, macrovasculares y/o neurológicas de la diabetes.

13. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Cuando un paciente es diagnosticado como diabético, existe un plan general de atención y seguimiento para éste, lo que comúnmente llamamos "tratamiento". Desde la perspectiva médica, este plan se compone de "un plan nutricional, ejercicio, instrucción del paciente, vigilancia por el paciente de la glucemia capilar, medicamentos, revisión periódica por el médico, examen físico y estudios de laboratorio y gabinete para mantener un control adecuado y detectar y tratar con oportunidad la presencia de complicaciones ". (Lerman, 2011, p. 60).

De tal modo, que en los parámetros de control y seguimiento, se enumeran doce factores a investigar o implementar, cada uno con una actitud a tomar o especificación, como sigue:

Parámetros de control y seguimiento.	
Factores a investigar o implementar.	Actitud a tomar o especificación.
Acido acetilsalicílico a dosis bajas en Pacientes mayores de 40 años	Si no hay contraindicación
Perfil de lípidos cada seis meses	Mantener en rangos normales
Instrucción del plan de alimentación	Inicial y actualización periódica
Programa educativo	Básico inicial y actualización periódica
Glucemia capilar	Individualizar la frecuencia con la cual se debe practicar
Hemoglobina A1c 2 a 3 veces por año	Mantener menor a 7%
Hipertensión arterial	Valorar monitoreo en casa
Indice de masa corporal (IMC)	Mantener idealmente por debajo de 25 kg/m ² en hombres y mujeres
Determinación de microalbuminuria	DM tipo 1 a los 5 años del diagnóstico. DM tipo 2 al diagnóstico y cada año posteriormente
Examen por el oftalmólogo	DM tipo 1 a los 5 años de diagnóstico. DM tipo 2 al momento del diagnóstico. Más tarde anual o semestral de ser necesario
Examen de los pies	Cada 6 a 12 meses
Tabaquismo	Suspender.

En la perspectiva de Lerman, (2011, p 61) no es correcto considerar que el control de la diabetes se reduce únicamente al control glucémico es decir, a mantener las cifras de glucosa en la sangre dentro de los parámetros adecuados. En el manejo terapéutico de este padecimiento, se promueve una posibilidad integral que significa: “éxito obtenido en aplicar el conjunto de acciones encaminadas a vigilar y corregir todos los aspectos de la enfermedad que alteran el bienestar cotidiano del paciente, favorecen el desarrollo de complicaciones, amenazan con producir invalidez o acortan la expectativa de vida”. Por eso recomienda que para cada paciente exista una estrategia personal, que depende de sus características individuales como son la edad, ocupación, personalidad, recursos económicos, educación, barreras culturales, padecimientos asociados y tipos de diabetes.

Sin embargo, para el control glucémico y las metas terapéuticas del paciente diabético, señala las cifras ideales a lograr:

Metas terapéuticas.	
Indice	Ideal
Glucemia en ayuno (mg/dl)	Menor a 130
Glucemia posprandial (mg/dl)	Menor a 180
Hemoglobina A1c (%)	Menor a 7*
Colesterol total (mg/dl)	Menor a 200 (menor a 170)
Colesterol LDL (mg/dl)	Menor a 100 (menor a 70)**
Colesterol HDL (mg/dl)	Menor a 40
Relación colesterol total /HDL	Menor a 3 (menor a 2.5)**
Triglicéridos (mg/dl)	Menor a 150
TA sistólica (mmHg)	Menor a 130
TA diastólica (mmHg)	Menor a 80
Indice de masa corporal (kg/m2)	Menor a 25

*Menor a 8% en el paciente con alto riesgo de hipoglucemia o menos de 5 años de expectativa de vida.

**En el paciente con cardiopatía isquémica.

La razón por la cual los médicos insisten en el control “intensivo” de la glucosa tiene que ver, por supuesto, con evitar la hipoglucemia y la hiperglucemia, estados que provocan graves efectos al dañar distintos órganos y aparatos, generando efectos como inconsciencia (el llamado coma diabético) e incluso la muerte. Sin embargo, esta necesidad de control intensivo requiere de la llamada “**adherencia al tratamiento**” (que describiremos y analizaremos posteriormente) , así como de una adecuada motivación tanto en el médico como en el paciente, la capacidad de practicar el automonitoreo de la glucosa y ajustar el tratamiento. Estos aspectos, desde la perspectiva de Lerman, “son **difíciles de lograr en particular en estratos socioeconómicos muy bajos, en el paciente deprimido y/o con poco soporte social y familiar**” (Lerman, 2011, p 67).

14. TRATAMIENTO.

Se distinguen cuatro factores en el tratamiento de la diabetes mellitus: medicamentos; plan de alimentación; ejercicio; manejo emocional y del estrés.

14.1 Medicamentos.

De manera sintética recordamos que “ la presencia de resistencia a la insulina con hiperinsulinismo compensatorio precede al inicio de la enfermedad varios años antes de la hiperglucemia demostrable, y no es hasta que la célula beta del páncreas falla con disminución en la producción de insulina cuando se hace manifiesta la intolerancia a los carbohidratos o hiperglucemia franca. Es conocido que el aumento en la apoptosis de células beta con la consecuente disminución de la masa celular es el factor determinante del inicio y la progresión de la enfermedad.. donde al margen del tipo de terapia y del grado de resistencia a la insulina, los pacientes con DM2 tienen un deterioro progresivo y persistente del control glucémico. Existen varios factores que contribuyen a la apoptosis de células beta: .. genética, presencia de resistencia a la insulina (reto de secreción), glucotoxicidad, lipotoxicidad, citosinas proinflamatorias y leptina, dietas altas en grasas saturadas y azúcares simples.” (Díaz Polanco, 2011, p 181)

Se dividen en **cuatro** grandes grupos las opciones actuales de medicamento, según su acción:

- I. Medicamentos que favorecen la **secreción de insulina** o secretagogos.
 - a) Sulfonilureas.
 - b) Glitinidas.
 - c) Incretinas: inhibidores de DDPIV o análogos.

- II. Medicamentos que **mejoran la resistencia a la insulina**.
 - a) Biguanidas: metformina.
 - b) Tiazolidinedionas.

- III. **Inhibidores** de la absorción de glucosa.
 - a) Acarbosa.

- IV. **Insulinas**.

A continuación describimos brevemente cada uno de ellos.

- I. Medicamentos que favorecen la **secreción de insulina** o secretagogos.
 - a) Sulfonilureas.

Estimulan la secreción pancreática para la producción de insulina. Son hipoglucemiantes. Se dividen en sulfonilureas de primera generación (clorpropamida y tolbutamida) y de segunda

generación (glipizida, glibenclamida y glimepirida). Se absorben bien por vía oral, su mejor respuesta es cuando se toman entre 15 y 30 minutos antes de las comidas. El pico máximo en sangre se alcanza 2 a 4 hora después de tomarlas. Es mejor combinar su uso con metformina y cuando el padecimiento avanza, utilizar ambas con dosis bajas de insulina. (Campuzano, 2011, p 185)

b) Glitinidas.

Son hipoglucemiantes orales de corta acción y de efecto rápido. Provocan que la secreción de insulina se dé sólo en respuesta a la ingesta de alimentos. El medicamento se toma sólo antes de cada alimento, con el primer bocado y ayuda a disminuir los picos posprandiales de glucosa, con menos riesgo de hipoglucemia. Existen dos fórmulas en el mercado: repaglinida y nateglinida. Se usa con pacientes de difícil control con horarios erráticos de alimentación. (Campuzano, 2011, p 190)

c) Incretinas.

Inhibidores de DDPIV o análogos. Son hormonas de origen intestinal que se secretan en respuesta a comidas y modulan la respuesta de insulina a los nutrientes contenidos en los alimentos (Gómez, 2008, p 192) El llamado “efecto incretina” significa que el incremento de insulina secretada es el doble o el triple cuando la glucosa se administra por vía oral, más que intravenosa. Existen cuatro: GIP (glucose dependent insulintropic peptide), GLP-1 (proviene del gen proglucagon en las células L enteroendocrinas), Análogos del GLP-1, Inhibidores de DPP-4. En pacientes diabéticos las incretinas disminuyen la glucosa posprandial y los niveles de lípidos. Por ejemplo, GLP-1 inhibe la secreción de glucagón de manera dependiente de glucosa (en condiciones de hiperglucemia o euglucemia, pero no en hipoglucemia), disminuye la velocidad de vaciamiento gástrico y la ingestión de alimentos, promueve la depuración de glucosa a través de mecanismos neurológicos y aumenta la saciedad que favorece disminución de peso con mejoría de la resistencia a la insulina. Investigaciones con animales lograron que el GLP-1 aumentara el tamaño de los islotes de Langerhans, mejoraran la proliferación de células beta, inhibieran apoptosis de éstas y regularan el crecimiento de los islotes. Dentro de los análogos de GLP-1 se encuentran el liraglutide y el exenatide. El primero recién se aprobó para su uso comercial. El segundo se administra dos veces al día. Tienen poca utilidad en pacientes con pobre reserva de insulina, generalmente enfermos por largo tiempo. En cuanto a los inhibidores de DPP-4, existen tres gliptinas en el mercado: sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina. Está en investigación la alogliptina. Su uso se basa en la capacidad que tienen para prevenir la inactivación de GLP-1. El efecto de estos fármacos es que aumentan la fase temprana de secreción de insulina, también pueden inhibir la secreción de glucagón con una menor producción hepática de glucosa; o mejoran la sensibilidad a la insulina inhibiendo el glucagón. En combinación, cada una de las tres gliptinas con metformina pueden ser más efectivas. Son bien toleradas y seguras. A veces pueden asociarse a pérdida de peso pequeña, menos de medio kilogramo. No entorpecen la reducción de peso en el paciente.

II. Medicamentos que **mejoran la resistencia a la insulina.**

a) Biguanidas: metformina.

La metformina es un fármaco hipoglucemiante oral que pertenece a la familia de las biguanidas. Es un derivado de la guanidina. Para funcionar, requiere la presencia de insulina circulante. No provoca aumento de peso. Disminuye la glucemia en ayunas al disminuir la producción hepática de glucosa (PHG). Es el fármaco oral de primera elección en el tratamiento de diabetes tipo 2., cuando no hay control glucémico (hiperglucemia) con medidas no farmacológicas. Se le utiliza en combinación con un agente que incremente la secreción de insulina como sulfonilurea, meglitinidas, exenatide, gliptinas o acarbose, o con la insulina. En tratamientos de largo plazo, disminuye la hemoglobina glucosilada al igual que las sulfonilureas (hasta 1.5%). La biodisponibilidad de metformina es de 50 a 60%. Se absorbe principalmente en el intestino delgado. Después de su ingesta, se alcanzan concentraciones plasmáticas máximas (1-2, microgramos/ml) en 0.9-2.6 horas en el caso de las presentaciones de liberación inmediata y en 4-8 horas en el caso de las presentaciones de liberación prolongada. Su vida media de eliminación plasmática es de cerca de 6 horas. No tiene metabolitos. En 24 horas, 90% del fármaco absorbido se elimina por vía urinaria. (Reza, 2011, p 153-154)

b) Tiazolidinedionas.

Las tiazolidinedionas o glitazonas son fármacos que aumentan la sensibilidad periférica a la insulina, incrementando la expresión de transportadores de glucosa en el músculo. Pueden incrementar el número de adipocitos (con posibilidad de aumento de peso y disminución de los niveles circulantes de ácidos grasos libres). También pueden estimular la secreción pancreática de insulina en pacientes con intolerancia a carbohidratos. Entre sus desventajas está que necesitan entre 6 y 12 semanas para mostrar su efecto máximo, tienen un costo elevado, favorecen el aumento de peso, en algunos casos el desarrollo de edema, anemia, mayor frecuencia de fracturas, insuficiencia cardíaca en enfermos cardiovasculares. Requieren seguimiento con pruebas de función hepática. No se consideran de primera elección para el tratamiento de individuos con diabetes. (Lerman, 2011, p 198-199, 202)

III. **Inhibidores** de la absorción de la glucosa.

a) Acarbosa.

Es un oligosacárido que se obtiene de *Actinoplanes utahensis* y actúa como inhibidor de las alfa-glucosidasas que son enzimas del borde en cepillo de las vellosidades intestinales responsables de la degradación de los carbohidratos complejos, hasta conseguir moléculas simples de glucosa para su absorción. Al inhibir la función de estas enzimas, se retarda la degradación de los carbohidratos de la dieta y por tanto, la absorción de la glucosa se desvía hasta las partes más distales del intestino delgado y colon, retrasando la entrada de glucosa a la circulación, con lo que da tiempo a la célula beta para liberar insulina y evitando la glucotoxicidad. (Diaz Polanco, 2011, p 181). Se usa en pacientes diabéticos y prediabéticos. Es útil como segundo o tercer fármaco o en adición a la insulina.

IV. Insulinas.

La insulina está indicada para pacientes con diabetes mellitus **tipo 1**; o en **tipo 2** que no alcanzan las metas del tratamiento a pesar de usar hipoglucemiantes orales y modificar su estilo de vida (dieta, ejercicio, manejo emocional). También es recetada a pacientes de diabetes tipo 2 con infecciones graves, bajo peso o pérdida significativa de peso, o con situaciones de estrés agudo, tienen nutrición por vía parenteral, en estado posoperatorio o cuando en diabetes gestacional no hay control glucémico a través de la dieta. Asimismo, es necesario el tratamiento con insulina en casos de diabetes secundaria a otros padecimientos como la pancreatitis crónica, hemocromatosis o tumores del cuerpo o cola del páncreas cuando el tejido productor de insulina se destruye.

De modo sintético, recordemos (Martínez y Dorantes, 2011, p 159) que la insulina es una hormona peptídica producida en las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. Es muy importante su función en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos. De igual modo, es básica para mantener la integridad estructural y funcional de todas las células del organismo, porque promueve la entrada de la glucosa del torrente sanguíneo a órganos periféricos. En su ausencia, el organismo muere.

Por lo que se refiere a la conformación y función de la insulina humana, los autores nos explican que está formada por 51 residuos de aminoácidos dispuestos en dos cadenas o subunidades: la A que consta de 21 residuos y la B que tiene 30 residuos de aminoácidos: ambas unidades están unidas por dos puentes disulfuro.

También nos recuerdan que la **acción biológica** de la insulina depende de la unión con receptores específicos localizados en la superficie apical de las células blanco. El receptor de insulina es una proteína tetramérica que pertenece a una subfamilia de receptores de tirosina cinasa. Consta de cuatro subunidades: dos alfa, con dominios extracelulares para unirse a la insulina y dos subunidades beta, con dominios intracelulares donde está localizada la enzima tirosina cinasa. Las subunidades alfa tienen la capacidad de inhibir la actividad de esta enzima. Una vez que la insulina se une a la subunidad alfa, libera la inhibición de la tirosina cinasa, la cual se activa e induce la autofosforilación de los residuos de tirosina del receptor de insulina (IRS). Esto inicia una compleja cascada de señalización intracelular que involucra la interacción con proteínas tales como la proteína de unión del receptor de factor de crecimiento-2 (Grb2) y la fosfatidil inositol 3 cinasa (PI3-K), esta última vía es la principal responsable de los efectos de la insulina en el metabolismo.

Respecto a la secreción fisiológica de insulina, Martínez y Dorantes (2011, p. 160) explican que, “aunque la cifra puede variar, se considera que alrededor de 50% de la secreción diaria de insulina es para la acción basal de esta hormona y que el otro 50% se secreta en respuesta a los alimentos. La secreción de insulina tiene lugar desde el momento en que se ve el alimento (fase cefálica); después se incrementa la secreción como resultado de la actividad de algunas hormonas gastrointestinales (incretinas) y la elevación de las cifras de glucosa en la sangre. La **liberación de insulina** que se produce con cada alimento ocurre en dos fases: en la primera, la respuesta **rápida** de insulina se lleva a cabo en unos cuantos minutos a partir de la ingesta de alimento, existiendo un pico en la concentración sérica de la hormona alrededor de 30 minutos después de una comida

mixta (fase temprana de secreción de insulina). De 60 a 180 minutos después de la ingesta de alimento puede distinguirse una **segunda fase** de secreción. La secreción de insulina tiene un ritmo diurno, de tal manera que se secreta más insulina durante el día que durante la noche. Además, existe una variación nocturna en la secreción basal de insulina, con un menor aporte de la hormona durante la primera mitad de la noche y un incremento en la segunda mitad, relacionado con el aumento de la actividad de algunas hormonas contrarreguladoras (hormona de crecimiento y cortisol). El **tratamiento** con insulina en un paciente con diabetes, debe **tratar de imitar** en el mayor grado posible **la respuesta fisiológica normal**, para asegurar un buen control no sólo en condiciones basales (ayuno), sino también en las etapas posprandiales.”

Tipos de Insulina. En México existen dos tipos de insulina humana disponibles comercialmente:

- a) **Rápida** o cristalina. Funciona entre 20 y 30 minutos después de haber sido inyectada por vía subcutánea. Alcanza su pico de acción entre 2 y 3 horas y termina entre 6 y 8 hora después de la inyección. Si se inyecta por vía intravenosa, su vida media es de 5 minutos y se utiliza en el tratamiento de la cetoacidosis diabética.
- b) De **acción intermedia** NPH (neutral protamin hagedorn) , de color blanquecino o lechoso. Comienza su acción dos horas después de su inyección subcutánea. Su pico de acción se presentan entre 6 y 10 horas y su efecto desaparece entre 12 y 18 horas después. Generalmente se aplica una a dos veces por día, incluso tres. Puede mezclarse con análogos de acción ultracorta o con insulina regular. No debe usarse por vía intravenosa.

También existen los llamados “**análogos de insulina**”, que son insulinas modificadas que se obtuvieron con técnicas de ingeniería genética. En México existen tres análogos de acción ultracorta, que son alternativas para uso como insulina prandial y dos análogos de acción prolongada, que se pueden utilizar como insulina basal.

Los análogos de acción **ultracorta**, ultrarrápida o de acción corta son: insulina lispro, insulina aspart y la insulina glulisina.

Los análogos de acción **prolongada** son: insulina glargina e insulina detemir.

Igualmente existen en nuestro país las “insulinas **bifásicas**” que son mezclas de:

*insulina NPH 70% e insulina regular 30%.

*insulina lispro protamina 75% e insulina lispro 25%

*insulina aspart protamina 70% e insulina aspart 30%.

Procedimiento para aplicar la insulina.

La insulina se prescribe en unidades internacionales (UI). La concentración general de los diferentes tipos de insulina que existen en el mercado es de 100 UI por ml. Disponibles en frascos de 5 o 10 ml y en cartuchos de 3 ml para inyectores tipo pluma. Para administrarla se dispone de jeringas de 0.3, 0.5 o 1 ml graduadas en 30, 50 o 100 UI y de los dispositivos de inyección tipo pluma que pueden ser desechables o reutilizables. Con excepción de los casos de cetoacidosis o estado perioperatorio de cirugía cardíaca, la insulina se administra subcutáneamente. Habitualmente se aplica en la parte anteroexterna de los brazos, parte anterolateral de los muslos,

abdomen y glúteos. Para aplicarla se forma un pliegue de piel con los dedos pulgar e índice y se inyecta en ángulo de 90 grados, introduciendo toda la aguja. En niños o personas muy delgadas, es mejor usar agujas más cortas e inyectar en ángulo de 45 grados para evitar llegar al músculo, donde la absorción de insulina es más rápida. Cada día se debe inyectar en una zona próxima, pero distinta y rotar las regiones; de este modo se consigue mejor absorción. La insulina se debe refrigerar a una temperatura de 2 a 8 grados centígrados, en la parte baja del refrigerador, evitando la congelación o cercanía con el congelador. Se puede conservar entre 15 y 30 grados centígrados por un periodo de 28 días. Si la insulina es intermedia o premezcla, es necesario rotar el frasco entre las palmas de las manos antes de extraerla, porque se sedimenta.

Esquemas de **tratamiento** con insulina en diabetes tipo 1. Al principio, la mayoría de los pacientes se controlan fácilmente y con pequeñas dosis de insulina con dos dosis de mezcla de NPH con insulina regular o un análogo de acción corta. Posteriormente pueden requerir cuatro inyecciones o usar una bomba de infusión continua de insulina de acción corta por vía subcutánea. La dosis de insulina para cada paciente depende de su peso, edad y tiempo de evolución de la enfermedad. Respecto a la bomba de infusión continua, es un dispositivo electromecánico del tamaño de un radiocalizador, que pesa 100 grs y tiene un reservorio. El reservorio tiene un depósito para 180 a 300 unidades de insulina, cantidad necesaria para 3 a 7 días, según los requerimientos de cada paciente. Se coloca en abdomen, brazos o muslos. Tiene un kit desechable, que se reemplaza cada tres días. La utilidad de la bomba radica en tres condiciones: utiliza sólo insulina ultrarrápida que se programa para cubrir las necesidades basales y posteriores a los alimentos; la infusión es continua durante 24 horas al día en microdosis con variaciones de hasta 0.05 unidades de insulina cada 20 a 30 minutos; y la infusión puede ser programable a las necesidades específicas de cada paciente.

Esquemas de **tratamiento** con insulina en diabetes tipo 2. Si las cifras del paciente en su hemoglobina glucosilada son mayores a 7% y el automonitoreo de glucosa presenta cifras mayores a 126 mg/dl en glucosa en ayuno y mayores a 180 mg/dl en glucosa porprandial (dos horas después de alimentos), entonces se sugiere la utilización de insulina para efectos terapéuticos. Al principio, se sugiere administrar una dosis de 0.1 UI/kg de peso de insulina NPH por la noche y mantener el tratamiento de hipoglucemiantes orales. Los ajustes de dosis de insulina basal se hace a través del automonitoreo de las glucosas capilares de ayuno. Se sugiere realizar los ajustes cada tres días tomando como base el promedio de las glucosas de ayuno de esos tres días. La comunicación entre el médico y el paciente es básica para realizar los cambios de dosis hasta conseguir la meta de ayuno deseada. Esto puede realizarse al reportar al médico por teléfono o correo electrónico sus cifras. Si ocurre hipoglucemia o la glucosa de ayuno es menor de 70 mg/dl, se reduce la dosis de insulina en 4 unidades o 10%, lo que sea mayor.

Es fundamental la **educación del paciente** para que participe en el **ajuste de dosis**. Dependiendo de las variaciones, el médico podrá modificar las dosis con hipoglucemiantes orales, por ejemplo en desayuno, comida y cena y alrededor de las 11 p.m. recetar la aplicación de insulina basal. En otros casos, podrá solicitar la aplicación de insulina antes del desayuno y después de la cena. Y pueden utilizarse insulinas combinadas de rápido efecto con efecto más lento. El

automonitoreo de la glucosa preprandrial (antes de alimentos) y posprandrial (después de alimentos) **es indispensable** en etapas específicas de la historia natural de la enfermedad.

14.2 Plan sano de alimentación.

Un tratamiento nutricional adecuado es básico en el tratamiento del diabético, porque es muy difícil lograr un control glucémico si la persona tiene malos hábitos de alimentación (Avilés, Gómez et Lerman, 2011, p 109). Anteriormente se llamaba “dieta para diabéticos”, la estrategia nutricional propuesta para el paciente. Dentro de sus mitos, la dieta era considerada “prohibitiva, insuficiente, limitada” o exclusiva “para una persona enferma”. Y entonces la reacción emocional frente al régimen alimenticio era de rechazo o evitación. Actualmente el concepto “**plan sano de alimentación**”, incluye sugerencias para toda la población; aunque algunas restricciones o posibilidades varían según el individuo del que se trate, ya sea que curse o no con un padecimiento crónico, como la diabetes.

Según las características del paciente, los objetivos del tratamiento nutricional varían. Por ejemplo:

a) Individuos con riesgo de padecer diabetes o prediabetes:

*Disminuir el riesgo de conversión a diabetes.

*Disminuir el riesgo cardiovascular.

*Promover un estilo de alimentación sano que permita una pérdida de peso moderada sin que exista recuperación del peso perdido.

b) Individuos con diagnóstico de diabetes:

*Lograr un adecuado control metabólico y de los diferentes factores de riesgo coronario.

*Disminuir el riesgo de descompensaciones agudas graves.

*Alivio de síntomas.

*Prevenir, retrasar y en su caso tratar las complicaciones crónicas propias de la enfermedad (macro y microvasculares).

c) Individuos con situaciones específicas:

*En niños y adolescentes proporcionar el aporte calórico que asegure su crecimiento y desarrollo adecuados.

*En pacientes obesos facilitar los cambios alimenticios que reduzcan su peso, la resistencia a la insulina y mejoren su control metabólico.

*Para la mujer embarazada proporcionar el contenido calórico y nutrientes que aseguren un buen término del embarazo.

*En adultos mayores ofrecer alternativas más flexibles acorde a sus gustos y edad.

*Ajustar horarios y estructurar el plan de alimentación en función del tipo de tratamiento farmacológico y favorecer mayor flexibilidad en el estilo de vida.

*En el caso de pacientes con necesidades individuales como sujetos con dislipidemia, nefropatía, hipertensión, elaborar un programa específico de alimentación acorde con sus necesidades.

Prescripción de un plan de alimentación.

El personal profesional, generalmente nutriólogos, son quienes en el ámbito hospitalario prescriben planes de alimentación, tomando en cuenta **factores** como: **edad** (los jóvenes necesitan más calorías); **género** (el masculino requiere más calorías); **peso** cercano al ideal; estado nutricional (bajo peso o sobrepeso); **actividad física** (sedentarismo vs deportista); alimentos de **preferencia; estilo de vida; tipo de diabetes; esquema de tratamiento** (hipoglucemiantes orales vs insulina); tipo de tratamiento (convencional o intensivo); cifras de presión arterial (cantidad de sodio); concentraciones de lípidos (restricción de carbohidratos refinados y grasas saturadas); pruebas de funcionamiento renal (cantidad de proteína), etc así como la respuesta individual al tratamiento nutricional de acuerdo a las metas bioquímicas que se pretenda lograr. Con este objeto se requiere una evaluación de nutrición del paciente que implica cuatro partes:

- a) Evaluación **dietética**. Implica 1) estimar la cantidad y calidad de los alimentos. 2) describir los hábitos de alimentación (recordatorio de 24 h) 3) relatar la frecuencia de los alimentos.
- b) Evaluación **clínica**. Integra la exploración física y un interrogatorio relacionado con el estado de nutrición (como Índice de Masa Corporal, presencia de diarrea, vómito, estreñimiento, gastritis, adoncia parcial o total, entre otros).
- c) Evaluación **antropométrica**. Necesita datos de la composición corporal (talla, peso, pliegues cutáneos, IMC, relación cintura-cadera, etc).
- d) Evaluación **bioquímica**. QS4, electrolitos séricos, perfil de lípidos, hemoglobina glucosilada, examen general de orina.

El plato del **buen comer**.

Es una ilustración gráfica diseñada para fomentar y enseñar buenos hábitos a la población en general. Insiste en el mayor consumo de alimentos de origen vegetal y limitar el consumo de productos de origen animal que tienen alto contenido de grasas saturadas. Promueve una **dieta** baja en grasas de origen animal y alta en fibra, vitaminas y minerales, y la importancia de una alimentación variada que incluya todos los grupos de alimentos.

Este plato divide en tres los grandes grupos:

1. Verduras y frutas. Y recomienda consumir muchas.
2. Cereales. Sugiere un consumo suficiente.
3. Combina leguminosas y alimentos de origen animal y restringe su consumo.

Recomendaciones para que el paciente logre **adherirse al plan** de alimentación. Según Avilés, Gómez y Lerman (2011, p 121):

1. Es muy importante considerar que “seguir el plan de alimentación” no debe efectuarse sólo en un periodo, sino convertirse en propósito de por vida. Significa comer bien.

2. Puede comenzar por anotar lo que come durante un día del fin de semana y dos días entre semana, incluyendo los horarios de las comidas.
3. Si usted está excedido de peso no se desespere. No quiera bajar de peso rápidamente; recuerde que se trata de aprender a comer bien. Se recomienda bajar de ½ a 1 kg por semana.
4. Evite alimentos ricos en azúcares simples (azúcar, miel, piloncillo, caramelos, pan de dulce, jugos de frutas, refrescos), colesterol (yema de huevo, vísceras como sesos o hígado), grasa (en especial la saturada como tocino, paté, chorizo, queso de puerco, crema, manteca de cerdo) y sodio (sal).
5. Aumente el consumo de alimentos ricos en fibra. Le ayudarán a satisfacer el apetito y le darán placer al masticarlos. La fibra retarda la absorción de los carbohidratos simples y, por lo mismo, favorece que no se eleve tanto el azúcar en la sangre después de comer.
6. Evite la excesiva ingestión de proteínas (carnes, leche), pues se le da trabajo extra al riñón, órgano que en particular un paciente con diabetes no debe descuidar. Además la mayoría de los alimentos ricos en proteínas también lo son en grasas saturadas.
7. No deje pasar más de 5 a 6 horas entre una comida y otra, ya que aumenta el apetito y entonces se come más. En ocasiones es pertinente recomendar colaciones para prevenir hipoglucemias.
8. Incremente la actividad física; esto le ayudará a mantener más estable la glucosa en sangre.
9. Debe detectar actitudes o situaciones que lo hacen excederse en los alimentos y encontrar sustitutos recreativos; por ejemplo, si disfruta ver la televisión, hágalo sin consumir alimentos durante esta actividad.
10. No se deje llevar por falsas creencias sobre la nutrición de otras personas con diabetes. Consulte datos en fuentes realmente confiables y manténgase informado sobre las novedades relacionadas con la diabetes.

Recomendaciones para el **paciente con sobrepeso** u obesidad.

1. Consuma todos los días las tres comidas tradicionales y, entre ellas –sólo cuando lo requiera-, si tiene mucha hambre, colaciones. No deje de desayunar.
2. Como sólo lo que necesita para satisfacer su hambre; hágalo despacio y en un ambiente tranquilo.
3. No haga ninguna otra cosa mientras coma. Si efectúa al mismo tiempo otras actividades, lo más probable es que ingiera más alimentos de los que necesita; por ejemplo, evite hacerlo mientras ve televisión.
4. Sírvese sólo lo que va a comer y deje lo demás en la cocina.
5. Use un plato pequeño y procure que éste tenga siempre una presentación atractiva.
6. Si no se siente satisfecho con la porción de alimento, agregue cantidades adicionales de verduras.
7. Trate de reducir el consumo de nutrimentos altos en grasa. Limite el consumo de alimentos fritos; cocínelos al horno, vapor o áselos, sin adicionar grasa a los que ya preparó. Elija lácteos descremados.

8. Aumente a diario su nivel de actividad física realizando pequeños cambios hasta que establezca, de ser posible, una rutina de ejercicio aeróbico, tres veces o más por semana.
9. No se pese más de una vez a la semana. Hacer esto a menudo no da una buena idea del progreso y puede desanimarlo.
10. No compre comestibles cuando tenga hambre o esté cansado.
11. Trate de ingerir sólo lo necesario para satisfacer su hambre y no asocie esta actividad con estados emocionales; muchas personas lo hacen de más cuando se encuentran tensas o están alegres en fiestas y eventos sociales.
12. Si come fuera del hogar, aquí encontrará algunas sugerencias que le pueden ser útiles:
 - *prefiera: sopas de verduras, consomés desgrasados, ensaladas frescas, cortes de carne sin grasa (a la plancha, parrilla o asados), antojitos que no sean fritos, agua mineral, refrescos de dieta, café o té endulzados con sustitutos de azúcar.
 - *evite: cortes de carne grasos (en preparaciones muy elaboradas, como a la crema, empanizados, capeados, fritos, gratinados); aperitivos (que aumentan el apetito); vísceras, frituras, aderezos cremosos, galletas dulces, pastelillos, helados de crema, chocolates, jaleas, refrescos no dietéticos.

14.3 Ejercicio.

En **México** existen entre **7 y 8 millones de personas con diabetes mellitus** (Zúñiga, 2011, p 128). De éstos, la mayoría es obesa o tiene sobrepeso, lo que implica cierto grado de resistencia a la insulina. Se ha comprobado que **el paciente** con diabetes mellitus **se beneficia** de los siguientes efectos del ejercicio:

1. Disminución de la concentración de glucosa durante y después del ejercicio.
2. Disminución en la concentración basal y posprandial de insulina.
3. Disminución de la hemoglobina glucosilada.
4. Mejoría en la sensibilidad a la insulina.
5. Mejora en la concentración de los lípidos plasmáticos: disminución de triglicéridos totales, disminución del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), aumento del colesterol de lipoproteínas de alta densidad (C-HDL).
6. Aumento en el gasto de energía: reducción de peso junto con el plan de alimentación, disminución del tejido adiposo por pérdida, mantenimiento de la masa corporal magra.
7. Mejoría en la hipertensión arterial.
8. Mejoría en el acondicionamiento cardiovascular.
9. Aumento de la fuerza y flexibilidad musculares.
10. Mejoría en la sensación de **bienestar y calidad de vida**.

Por estas razones se insiste al paciente diabético que dedique al menos **2 horas y media semanales al ejercicio aeróbico** de intensidad moderada y si no hay contraindicaciones, puede hacer ejercicio de resistencia al menos tres veces semanales. Sin embargo, el plan personal de ejercicio, depende de cuatro factores: el tipo de ejercicio, la cantidad de insulina disponible en su organismo, el grado de control de la diabetes, y el estado de hidratación de la persona.

Con el objeto de revisar las condiciones de cada paciente, se sugiere una **valoración inicial** que descarte: complicaciones macrovasculares (enfermedad cardiaca silenciosa) a través de una prueba de esfuerzo en mayores de 35 años; complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía); neuropatía (periférica o autonómica).

Un programa de ejercicio estándar puede consistir en tipo aeróbico, con duración de 20 a 45 minutos, entre 3 y 5 veces por semana, con calentamiento de 5 a 10 minutos y enfriamiento de 5 a 10 minutos y cuya intensidad llegue al 50 o 70% de la máxima capacidad aeróbica. Se recomienda un parámetro mínimo de 100 pulsos por minuto hasta llegar a un máximo de 160 pulsos por minuto; lo que significa un ejercicio que va de buena intensidad a intenso. Menos de 100 pulsos por minuto significa un ejercicio de poco valor, y más de 160 pulsos por minuto significa demasiada intensidad de ejercicio que puede ser peligroso. Algunas actividades individuales adecuadas pueden ser: caminata, natación, tenis, golf, bicicleta estática; trote, baile, squash, patinaje, bádminton; carrera, aerobics, raquetbol, ciclismo y danza. Entre las actividades de equipo recomendables están: fútbol soccer, voleibol, hockey en hielo o pasto (no usual en nuestro país); basquetbol y beisbol.

Respecto a la motivación y educación, el ejercicio debe ser divertido y disfrutable; es importante adecuarlo a un lugar y hora convenientes; es muy útil escribir las metas del programa personalizado y alcanzarlas; y es motivante mantener mecanismos de retroalimentación positiva al paciente, de sus familiares, amigos y personal de salud.

Sin embargo, como precauciones es recomendable : no realizar ejercicio en temperaturas extremas; monitorear la glucosa capilar; establecer un modo de supervisión médica.

En relación al ejercicio, la valoración inicial del paciente y la constante supervisión médica, son indispensables para evitar los riesgos de salud que el paciente de diabetes mellitus pudiera sufrir y que pueden agruparse en cuatro grupos (Zúñiga, 2011, p 131):

Riesgos del ejercicio en el paciente con diabetes mellitus. Puede provocar:

1. Hipoglucemia, sobre todo si recibe antidiabéticos orales de tipo secretagogos o insulina,
 - durante el ejercicio e inmediatamente después.
 - tardía, horas después de haber realizado el ejercicio.
2. Hiperglucemia:
 - posterior a ejercicio extenuante.
 - que se acompaña de cetosis en pacientes con mal control.
3. Complicaciones cardiovasculares (precipitación o exacerbación):
 - angina de pecho.
 - infarto del miocardio.
 - muerte súbita.
 - arritmias.
4. Complicaciones de la diabetes (empeoramiento):

- retinopatía proliferativa:
 - hemorragia del vítreo.
 - desprendimiento de retina.
- neuropatía periférica o lesiones en tejidos blandos y articulaciones.
- neuropatía autonómica:
 - disminución en la respuesta cardiovascular al ejercicio.
 - disminución en la capacidad aeróbica.
 - respuesta alterada a la deshidratación.
 - hipotensión postural.
- nefropatía: aumento de la proteinuria.

El tema de los riesgos del ejercicio es muy importante en el caso de personas con diabetes. Si bien la tendencia del sedentarismo o falta de ejercicio en la mayoría de la población es un factor predisponente a la diabetes y otras enfermedades, es también un problema el lanzarse frenéticamente al ejercicio sin consultar previamente al médico. En nuestro país no existe una cultura de disciplina física metódica, perseverante y progresiva. Por eso es frecuente encontrar a los deportistas “de fin de semana”, que abusan del ejercicio para sufrir infartos, lesiones musculares u otros daños orgánicos al día siguiente. Por otro lado, existen innumerables negocios que promueven la actividad física sin un seguimiento, sin valoraciones iniciales y sin instructores profesionales que consideren las restricciones de algunos posibles usuarios. También en este sentido, la educación para la salud es imprescindible y el programa objeto de la tesis cumple una función trascendental.

14.4 Manejo emocional y del estrés.

Aunque no es una responsabilidad o función profesional del médico, sí le corresponde señalar al paciente y/o a su familia, la importancia del manejo emocional y del estrés. Durante los últimos veinte años en la práctica médica, ha sido reconocida la interrelación entre los estados emocionales y los síntomas en el paciente. Antiguamente, el término “psicosomático” aludía a dicha interrelación. Actualmente, el concepto “psiconeuroinmunología” refiere el modo en que las emociones y estados de ánimo impactan el funcionamiento nervioso y éste, a su vez, afecta al sistema inmunológico favoreciendo el desarrollo de enfermedades.

En nuestra cultura es relativamente nueva la preocupación por desarrollar la llamada “inteligencia emocional” (Goleman, 1995, p 54), o “reconexión emocional” (De León, 2003, p 267). Estos conceptos implican que la persona identifique y acepte sus emociones o sentimientos, sus sensaciones y estados de ánimo incondicionalmente. Y esta aceptación no es fácil cuando los sistemas de creencias sociales han rechazado ciertas emociones por considerarlas negativas, vergonzosas o inadecuadas. Entonces el individuo tiene que rechazar lo que siente a través de mecanismos inconscientes como la negación, anulación, racionalización, compensación, etc.

Por otro lado, la cultura occidental ha sobreenfatizado la importancia del hemisferio izquierdo (racional), en detrimento del derecho (intuitivo, sensitivo). El efecto de este desequilibrio es catastrófico en términos de la salud, porque la persona se vive disociada de su cuerpo y se

desconecta de su sabiduría orgánica, al grado que no percibe síntomas de enfermedad ni alteración fisiológica, hasta que el padecimiento es muy agudo o prolongado.

Un individuo sin conexión con sus sensaciones corporales y sus emociones, no puede descargarlas ni expresarlas de modos sanos. Entonces las actúa en contra de otros, o de sí mismo. Por este motivo, es urgente que aprenda a manejar adecuadamente el estrés y las emociones, cualesquiera que sean.

En relación con la diabetes, conocemos factores desencadenantes en la **alteración** de niveles de **glucosa** en la sangre, como una **emoción** intensa llámese enojo, tristeza, miedo, desesperanza, etc. Momentos particularmente **estresantes** en la vida del diabético, empeoran su condición metabólica. Asimismo, en el caso del paciente diabético, como veremos en el siguiente capítulo, sus necesidades se ven alteradas y generan mayor estrés en su vida cotidiana. Por ello es indispensable que no sólo el paciente sino su familia aprendan a **expresar y descargar** estrés y emociones en general. El ejercicio, baile, escribir, romper periódico, dibujar, cantar, jugar, orar, actividades físicas, son algunos modos útiles de expresión emocional.

En síntesis, el **manejo integral** del paciente diabético requiere de la conformación de un **equipo de salud** (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, educadores en diabetes) que pueda resolver preguntas y favorezca el desarrollo de habilidades para que el paciente se adhiera al tratamiento. De igual manera, el equipo de salud puede motivar a los familiares para que ajusten su estilo de vida, promoviendo la **calidad de vida** en el paciente y en la propia familia. El **programa** que presentamos en esta tesis, incluye este objetivo.

B) DESDE LA EXPLICACIÓN Y LENGUAJE POPULAR.

Observemos la “otra” forma de explicar qué es la diabetes, si no para todo público, sí para gente que tenga al menos escolaridad de secundaria. Estas formas alternas, más simples, son importantes para tener éxito en acciones de promoción de la salud.

1. ¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?

Para Durán, Bravo, Hernández y Becerra (1977, p 117): “Cuando hablamos de diabetes, nos referimos a que es una enfermedad crónica degenerativa; es decir, de por vida, la cual se identifica por la **falta o mal aprovechamiento de la insulina** (elaborada por el páncreas), **con aumento de glucosa (azúcar) en la sangre** y repercusiones en su cuerpo, en sus emociones y en las relaciones que usted establece con las demás personas. .. al igual que un automóvil necesita gasolina para funcionar, su cuerpo requiere también combustible para caminar, correr, platicar, comer, hacer ejercicio, pensar, jugar, etc y ese combustible o energía proviene principalmente de la glucosa (carbohidratos o azúcares) que se encuentra en los alimentos que consume; pero para que la glucosa (azúcar) se convierta en energía, necesita la fuerza de la insulina (sustancia química producida por las células beta del páncreas), que la ayude a pasar de la sangre a la células, donde se descompondrá y se convertirá en ese combustible que lo hace moverse.

Cuando aumenta la glucosa (por ejemplo, durante la comida) aparece la insulina al rescate para ayudarla a hacer su recorrido desde el flujo sanguíneo (sangre) hasta las células (que forman tanto el hígado, órgano donde el azúcar se guardará como glucógeno para luego transformarse en glucosa y ser enviada a la sangre cuando usted no coma ningún alimento, como el cerebro, los músculos y el tejido graso) que se convertirá en la principal fuente de energía para el cuerpo.

Sin embargo, cuando el páncreas no produce insulina o cuando no la aprovecha de manera adecuada el organismo, la insulina no podrá ayudar a la glucosa (azúcar) en su viaje y las células dejarán de convertir a esa glucosa en la energía que requiere para funcionar, deteniendo su camino y acumulándose en la sangre. Esto explica que muchas veces sus cifras de glucosa en sangre se mantengan arriba de los 150 miligramos por decilitro (mg/dl), cuando los niveles normales son de 80 a 120 mg/dl. “

2. ¿CÓMO SE PRODUCE LA DIABETES MELLITUS?

Las autoras (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1977, p 118) nos explican de un modo más pormenorizado cómo es que se produce la diabetes refiriéndose al mal-funcionamiento del organismo:

“el órgano que desempeña el papel más importante para la aparición de la diabetes es el **páncreas**.. Se encuentra por abajo y atrás del estómago y es mucho más pequeño que el hígado. Dentro del páncreas se encuentran distribuidos unos agrupamientos aislados de células, llamados **Islotes de Langerhans**. En estos islotes se encuentran las **células beta**, que tienen la función de elaborar y secretar la hormona **insulina en la sangre**. En esos islotes se encuentran tanto las células alfa, dedicadas a elaborar la hormona glucagón, la cual suelta la glucosa del hígado hacia la sangre cuando el cuerpo no ha recibido alimentos, como las células delta, encargadas de liberar la hormona somatostatina, dedicada a controlar y mantener el equilibrio entre la insulina y el glucagón.

Cuando la glucosa aparece en el torrente sanguíneo de una persona normal, las células beta liberan la insulina para iniciar el proceso de transformación o almacenaje de ésta en el hígado. En el caso de una persona diabética, por alguna razón todavía no conocida claramente, existe un número menor de células beta en los islotes de Langerhans, lo cual impide que toda la **glucosa** sea procesada y se quede **flotando** en el **torrente sanguíneo**.

Cuando en **nivel de glucosa en la sangre** es demasiado **alto**, ésta se elimina por la orina, llevándose con ella también sales minerales necesarias para la vida. Por tanto, uno de los síntomas más marcados en la diabetes es la necesidad frecuente de orinar o poliuria de poli (mucho) y uria (orina). También esta necesidad frecuente de orinar puede llevar al daño posterior al riñón, que es una de las complicaciones graves de una diabetes no controlada. En general, cabe decir que la presencia de la glucosa elevada en la sangre (por arriba de 125 miligramos por decilitro de sangre) de manera constante es una de las consecuencias más graves de la diabetes no controlada, pues produce un desgaste en el organismo a través de varios procesos destructores, como se verá a continuación. La aparición de la diabetes tiene que ver con la forma en que el cuerpo transforma los alimentos ingeridos en las diferentes sustancias que se necesitan para sobrevivir. En general, el

cuerpo transforma los alimentos para: regenerar las células en diversas partes corporales; producir la energía que requerimos para movernos y realizar diversas actividades; y, mantener la temperatura corporal. Para que este proceso se lleve a cabo, la insulina desempeña un papel de director de orquesta en todo el proceso.

Todavía no se ha investigado lo suficiente para saber todos los detalles acerca de cómo suceden las cosas, pero se sabe lo suficiente para identificar a la **insulina** como un protagonista importante en la **transformación de los alimentos en energía**. Como ya se vio, las células beta liberan a la insulina en la sangre ante la presencia de la glucosa (azúcar) en el torrente sanguíneo. Su función principal es llevar esta glucosa al hígado, a fin de que ahí sea almacenada y liberada según lo requiera el organismo para su trabajo en los periodos entre comidas. De esta manera se almacenan las dos terceras partes de la glucosa, y la otra tercera parte es aprovechada inmediatamente por el cerebro, los músculos y el tejido graso.

Para entender de manera general lo que pasa en el cuerpo, imaginemos que este es un tren impulsado por carbón (**glucosa**) que requiere un maquinista (**cerebro**) y un fogonero (**insulina**) para alimentar la caldera (**hígado**) y así avancen hacia su destino. El **torrente sanguíneo** equivaldría al recipiente donde se almacena el carbón, de donde lo toma el fogonero (insulina) para alimentar el fogón (hígado) que mantiene a la máquina trabajando y al maquinista (cerebro). El fogonero (insulina proveniente del torrente sanguíneo cargada con glucosa) seguirá llenando el recipiente (torrente sanguíneo) hasta que el maquinista avise que deje de hacerlo. Cuando se desarrolla la **diabetes**, el fogonero (insulina) se fatiga o incluso puede llegar a desvanecerse por momentos, y como es el único que puede dirigir el uso del carbón (glucosa) no hay manera de alimentar al fogón, o se hace muy lento el proceso de alimentarlo, en cuyo caso la máquina camina muy lentamente hasta casi detenerse, lo que provoca que el maquinista (cerebro) se altere, buscando por todos los medios conseguir más energía mientras que el carbón (glucosa), al no poder ser aprovechado, se desborda alrededor del recipiente (torrente sanguíneo). Al no tener la fuente usual de energía, el maquinista (cerebro) ordena a otros obreros que empiecen a tomar partes de madera de los vagones (músculos y tejido grasoso del cuerpo) para que continúe marchando la máquina. Aunque el carbón está disponible, sólo el fogonero (insulina) tiene la única pala para poderlo utilizar. El exceso de carbón (glucosa), disperso por todos lados de la máquina, hace difícil la marcha de la misma y entorpece el trabajo de los obreros (el organismo en general y los otros órganos del cuerpo), y aunque la máquina sigue caminando hacia su destino, lo hace a costa de deteriorar sus vagones (músculos y su tejido adiposo), forzando todos los sistemas a causa del carbón que se desborda por todos lados. Por si esto fuera poco, el maquinista al no tener carbón disponible en el fogón para producir energía y no ver el recipiente desbordado sin que la insulina avise que hay demasiado carbón, en cada parada de la locomotora ordena que se cargue más carbón (glucosa) lo cual altera aún más el funcionamiento de la locomotora en general (organismo). Lo anterior ocurre generalmente con los diabéticos que esconden dulces y chocolates en sus bolsas o en sus camas; para consumirlos cuando nadie los ve, porque su **cerebro no recibe la señal de que hay glucosa suficiente en el organismo**; por tanto, ordena al diabético que la consuma para producir energía, pero al hacerlo él produce un caos como el descrito para la locomotora.”

3. SÍNTOMAS.

Respecto a los síntomas, las autoras anotan: “ En la diabetes el enfermo presenta aumento de sed, de hambre y de ganas de orinar, además se identifica por vista borrosa, cansancio, infecciones frecuentes, adormecimiento de manos y pies, cortaduras o heridas que tardan en sanar, impotencia (problemas sexuales).” (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997, p 137-139).

4. CAUSAS.

Distinguen las “posibles causas” (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997, p 147) que provocan la diabetes insulino dependiente del siguiente modo: **herencia, estrés, virus y disfunción autoinmune**. Y respecto a las “posibles causas” de la diabetes no insulino dependiente, afirman: herencia, alimentación inadecuada y/o excesiva, **obesidad, falta de actividad física, falta de control de los estados emocionales** y el estrés y otros factores. Como “otros factores” incluyen alcoholismo crónico, virus, disfunción autoinmune y medicamentos como la cortisona.

5. COMPLICACIONES CRÓNICAS.

De un modo muy simple, enumeran las complicaciones crónicas, del siguiente modo: (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997, p 202-207).

Nefropatía diabética (cuando afecta al **riñón**) y donde se recomienda vigilar regularmente la hipertensión arterial y las infecciones urinarias, que son indicadores para sospechar la existencia de un daño mayor en el riñón.

Retinopatía diabética (cuando ataca al **ojo**) “ocasiona que haya cambios en la refracción del ojo; es decir, en las fuerzas de los rayos luminosos de los ojos” (sic) (p. 204).... También provoca que se presenten cataratas.

Enfermedad cardiovascular (cuando ataca a las **arterias y los vasos**). Existe lesión del corazón (por ejemplo: infarto al miocardio), trombosis cerebral (cuando se cierran los vasos del cerebro) y obstrucción de las arterias, tanto de los pies como de las piernas, comúnmente llamada “pie diabético”. Cuando aparece junto con la neuropatía (alteración de los nervios) puede provocar gangrena, lo cual conduce a que el cirujano tenga que amputar (cortar) el órgano dañado.

Problemas dermatológicos (cuando afectan la **piel**). .. los más conocidos son aquellos que forman úlceras en piernas y pies. Para evitar que se presenten, se aconseja estabilizar los niveles de glucosa en la sangre y tener mucha higiene en todo el cuerpo.

Enfermedad osteoarticular (cuando daña los **huesos y articulaciones**)... corren el riesgo de sufrir deformación de los huesos de los dedos de las manos, deformidad conocida como Contractura de Dupuytren. Estas personas también son más vulnerables a que se les destruya una o más articulaciones de los pies, de las manos y, aunque en menor proporción, de la cadera, fenómeno llamado articulación de Charcot.

Neuropatía diabética (cuando altera los **nervios** del cuerpo)... es la principal causa de invalidez en la población de diabéticos, con control irregular de su padecimiento, pues provoca

problemas tanto físico-biológicos como emocionales y en las relaciones que se establecen con las demás personas alrededor; además, no respeta el tipo de diabetes (insulino y no insulino dependiente). Hasta el momento, lo único que puede hacer la ciencia, una vez que se ha presentado, es dar alivio con medicamentos que sólo actúan a corto plazo para calmar los síntomas. Por ahora, no existe un conocimiento acerca de los factores que pudieran detener la neuropatía cuando se desarrolle. ¡no se arriesgue!, tome sus precauciones, acuda a consulta regularmente y controle su enfermedad, ya que nadie lo hará por usted.”

Y de modo mucho más directo y en algún sentido “dramático” algunas publicaciones “para todo público” como distintas revistas “para diabéticos “ difunden información respecto a las complicaciones como la siguiente:

“cinco de cada diez diabéticos presentarán amputaciones en sus miembros inferiores, ante la pérdida de la sensibilidad en el área. .” (Camacho, 2008, p 2)

Según la OMS, “el riesgo de muerte de los diabéticos es al menos el doble que en aquéllos sin la enfermedad; la retinopatía diabética dejará **ciegos** al **2%** de los pacientes, y casi el 10% tendrán graves deterioros de la visión, después de quince años con la enfermedad; la **neuropatía** diabética afecta al **50%** de los enfermos.” “La diabetes se encuentra entre las principales causas de **insuficiencia renal**, y entre el **10 y el 20%** fallecen por daño en ese órgano. .. El **50%** de los diabéticos fallecen por males cardiovasculares principalmente **cardiopatías**, como infarto al miocardio, y accidentes cerebrovasculares. Entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) calculan que en 2007 se registraron 21 388 fallecimientos por diabetes. De ellos, el 75% correspondieron a personas en la sexta década de la vida o más. Para el IMSS, la **obesidad**, junto con una **escasa** o nula **actividad física** y el inadecuado control de **grasas y triglicéridos** en sangre son factores preponderantes que generan una **amputación**, desde un dedo hasta la pierna completa, ya que esta enfermedad provoca mala circulación en las arterias que llevan sangre a los pies, produce gangrena y/o pérdida de la sensibilidad e infecciones en la planta, lo que se conoce como pie diabético; en consecuencia 90% de las amputaciones en extremidades es a causa de dicha condición “. (González, 2008, p 4-5)

C) COSTOS.

Según la Federación Mexicana de Diabetes, el costo de la atención diabética en 2008 era como sigue:

Concepto	precio controlado	precio no controlado
Hemoglobina glucosilada (cada 3 meses)	\$ 87	\$ 87
Tiras reactivas (una caja por semana)	\$ 267	\$ 1050
Antidiabético oral (tres tomas al día)	\$ 75	\$ 400
Catéter para bomba de insulina	\$ 400	\$ 800

Consulta al endocrinólogo	\$ 600	\$ 1200
Consulta al cardiólogo	\$ 600	\$ 4387
Consulta al oftalmólogo	\$ 600	\$ 3100
Consulta al podólogo	\$ 600	\$ 2400

Actualmente, en agosto de 2013, investigamos los precios de costos en algunos de los medicamentos más frecuentemente recetados para los pacientes diabéticos, y encontramos éstos, en una cadena de farmacias, ubicada en toda la ciudad de México.

MEDICAMENTO	COSTO
Diabion. Caja con 30 tabletas.	\$ 149.50
Dabex XR. (Metformina) Caja con 30 tabletas.	\$ 140.50
Glucovance 500 mg/5 mg. Caja con 60 tabletas. (Metformina/Glibenclamida)	\$ 290.00
Glimetal 4mg/1000 mg. Caja con 16 tabletas. (Glimepirida/Metformina)	\$ 350.50
Lantus 10 ml. Solución inyectable. (insulina giargina)	\$ 735.50
Glucómetro (sistema para automedición de la Glucosa en sangre)	\$ 521.50
Tiras reactivas. Caja con 50 tiras.	\$ 101.50

D) LA DIABETES MELLITUS EN EL MUNDO.

Según la OMS, las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más del 60% del total de las defunciones del mundo. En 2006, causaron 35 millones de defunciones; el doble de las causadas por todas las enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición. Dentro de las enfermedades crónicas la diabetes mellitus (DM) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. (Lara, 2011, p 91).

Actualmente la **población mundial con diabetes** es de **180 millones de personas**. Según la OMS, en 15 años la cifra podría duplicarse.

En 2005, 1.1 millones de seres humanos fallecieron por diabetes, el 80% correspondiendo a países de ingreso medio y bajo. Es posible que en 10 años esta cifra se incremente en 50% ; y que en los países de ingreso medio y bajo, el porcentaje de incremento de fallecimientos por diabetes llegue al 70%.

En países desarrollados la diabetes es también un problema de salud en aumento. En Estados Unidos es la séptima causa de muerte y la causa principal de amputación de extremidades inferiores, nefropatía terminal y ceguera en personas de 18 a 65 años. En ese país cuesta más de 98 mil millones de dólares por año en costos directos e indirectos. Las familias estadounidenses de bajo ingreso, que apoyan a un miembro adulto con diabetes, dedican el 10% de sus ingresos para su atención y en la India, ese porcentaje es del 25%.

Respecto al segmento de la población, la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes de menos de 70 años y el 55% corresponde al género femenino. La OMS calcula que el **costo actual** de la diabetes en **América Latina** y el Caribe asciende a **85 mil millones de dólares al año**. (González, 2008, p 4)

E) LA DIABETES MELLITUS EN MÉXICO.

Un poco más de **7 millones de mexicanos tiene diabetes, pero el 40% no lo sabe** (Lerman, 2011, p. 3). Y en nuestro país, uno de cada ocho pacientes tiene diabetes tipo 2 de inicio temprano (antes de los 40 años de edad) y requieren más temprano de insulina y tienen descontrol metabólico crónico y alto riesgo de desarrollar complicaciones. **No asisten** con regularidad al **consulta** con sus médicos “probablemente **por dar prioridad al trabajo y resolver sus necesidades** familiares”. (Lerman, 2011, p 3) ,

La diabetes tipo 1 constituye 1 a 2% de todos los casos de diabetes en el país, y es un grave problema de salud porque aparece en niños y adolescentes y repercute en la dinámica familiar. La expectativa de vida de una persona con diabetes es 10 años inferior a la de la población general. Asociado al problema de la diabetes, aparece la elevada prevalencia de hipertensión, dislipidemias, obesidad y enfermedad cardiovascular.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2006) se afirma que el descontrol metabólico afecta al 56% de pacientes diabéticos, con cifras de hemoglobina glucosilada mayores de 12%. Por lo que se refiere a las tasas de mortalidad por diabetes, se observa que, mientras que en 1940 sólo una de cada cien personas tenía el padecimiento, para 1980 ya era una de las principales causas de muerte, con 21.8 defunciones por cada 100 000 habitantes, ocupando el noveno lugar nacional. Esa cifra se incrementaría en 1990 hasta llegar a 31.7 defunciones por cada 100 000 habitantes y pasando al cuarto lugar. En el año 2000 la tasa llegó a 46.8, al tercer lugar; y en **2011** se calculan 62.0 defunciones por cada 100 000 habitantes, alcanzando el **segundo lugar en causas de muerte** en la población nacional. En relación a géneros, a partir del año 2000 la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en mujeres, y la segunda (después de la cardiopatía isquémica, también asociada frecuentemente a la diabetes) en hombres. En 2006, la diabetes representó el 13.8% de todas las causas de muerte nacional, con una **edad promedio al morir de 66 años**. Entre 2001 y 2005, la tasa de mortalidad por este padecimiento se ha incrementado en 6% durante los últimos 7 años. La diabetes afecta principalmente a los adultos en edad productiva y a los adultos mayores. (Lara, 2011, p 93-95). En la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), los pacientes con diabetes tipo 2 tienen edad promedio de 55 años y duración promedio de la diabetes de 12 años, una tercera parte son insulino-dependientes; sus hemoglobinas glucosiladas son de 9%; 65% son hipertensos, 70% tiene alteraciones en los lípidos,

poco más de 50% tiene neuropatía periférica, 20% problemas de retina y un poco menos de 20% padece problemas renales que en mediano plazo requerirá tratamiento para insuficiencia renal crónica. Sus problemas cardiovasculares son la principal causa de muerte, que ocurrirá sin que lleguen a atenderse en un hospital. Para Lerman (2011, p 4-5), estas cifras son muy similares a las de otras instituciones de segundo y tercer niveles de atención nacionales.

Respecto a las **complicaciones** que la diabetes provoca, las cifras por patología en el INCMNSZ son las siguientes:

Nefropatía. Alrededor de **40%** de los pacientes en unidades de diálisis peritoneal, **son diabéticos**. Lamentablemente la mayoría de los pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica terminal, no llegan a esta opción terapéutica.

Retinopatía. En individuos diabéticos con más de 20 años de esta enfermedad, **21%** presentaron retinopatía proliferativa. Casi ningún médico de primer contacto revisa el fondo del ojo o solicita interconsulta. Los hospitales para prevenir la ceguera están abarrotados.

Neuropatía. Cerca del **60%** de los pacientes diabéticos cursan con neuropatía periférica.

Enfermedad aterosclerosa. Es la principal causa de muerte del diabético. Muy pocos acceden a tratamientos intensivos.

Pie diabético. En el INCMNSZ es la principal causa de hospitalización de pacientes diabéticos y se asocia a la **patología de la pobreza**. **Uno de cada cuatro** casos, termina en **amputación**. Sólo uno de cada dos pacientes acude por primera vez a esa institución.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (ENSA 2000), de las personas diagnosticadas con diabetes, 85% recibía tratamiento y de éstos, el 6% se medicaba con insulina. El **21.5% aceptó** seguir el **plan de alimentación** y sólo el **6%** estuvo de acuerdo en **hacer ejercicio**. Esto implica muy **pobre adherencia al tratamiento**. Respecto a los costos, el 36.4% de los pacientes con diabetes cubren su tratamiento con sus propios recursos. Esto implica una barrera a la adherencia terapéutica porque aunque en el INCMNSZ el costo de la consulta es muy reducido para sectores socioeconómicos bajos, ellos necesitan comprar sus medicamentos y muchas veces pierden sus citas médicas por no poder pagar el transporte desde sus lugares de origen hasta el hospital. Así mismo, la **dificultad económica** para adquirir sus medicinas hace que se tomen la mitad de las dosis prescritas o no se aplican las dosis de insulina, por lo que se descontrolan metabólicamente y adquieren riesgo de complicaciones. Uno de cada cinco pacientes en esa institución requiere más de 7 fármacos, lo cual dificulta aún más la adherencia al tratamiento.

Según González (2008 p 5), el **costo global anual** para atender esta enfermedad y sus complicaciones en el sector público y privado es de **60 mil millones de pesos**. Esta cifra es más del doble de lo destinado al problema del tabaquismo, por ejemplo.

El **costo de atención** a un **paciente** con diabetes mellitus adecuadamente **controlado**, es de **12 mil pesos**, pero asciende entre **150 y 300 mil pesos**, si **no está controlado**. En 2005, los

fallecimientos por diabetes fueron un poco más de 67 mil, donde 36 mil fueron femeninos y 31 mil masculinos.

En relación a los estudios sobre costos de la diabetes en México, se encontró que entre 2003 y 2005, los costos totales de la diabetes en personas atendidas por **instituciones públicas**, se requirió un **incremento de 26% en gastos**, que equivale a 317 millones, 631 mil 206 dólares. (Arredondo y Barceló, 2007, p 27). Asimismo, el cálculo que el costo directo de la atención de la diabetes en instituciones privadas en México fue de 171 millones 676 mil 217 dólares. En otra perspectiva (Rodríguez, 2011, p 87) la importancia de estos resultados se justifica al reconocer que “aunque 90% de la población mexicana es candidata a recibir atención médica en instituciones de seguridad social o servicios públicos, el gasto que las familias aportan directamente para cubrir la atención médica es de 52% mientras que 45% del gasto directo proviene de las instituciones de salud y 3% de los seguros de gastos médicos”. Debido a esta desigualdad, observamos que muchas **personas**, en las **peores condiciones socioeconómicas** llegarán a los escenarios más dramáticos de **discapacidad, complicaciones agudas y crónicas y mortalidad por diabetes**.

Es necesario reconocer que, lamentablemente, respecto a los servicios de salud públicos, “no hay suficientes recursos para ofrecer todos los servicios de salud a todos los pacientes” (Rodríguez, 2011, p 83). Lo más grave, en relación al problema de la diabetes es que en **México** la **prevalencia** de diabetes es una de las **más altas** del mundo pero los **recursos** económicos son **limitados** y su gasto en salud tiene que dividirse entre diversas enfermedades. Por ejemplo, sólo para medir una vez al año la hemoglobina glucosilada de 10 millones de pacientes con diabetes en nuestro país, se requerirían más o menos 500 millones de pesos (45 millones de dólares), si el costo por prueba fuera de 50 pesos. Sin embargo, la recomendación es que el paciente se haga esta medición cuatro veces al año, lo que implica 2000 millones de pesos. Actualmente ya no es posible enfrentar los costos progresivos que genera la diabetes y sus complicaciones. Aquí hacemos referencia a los cálculos realizados en Estados Unidos (por no contar con ese tipo de investigación para el caso mexicano), respecto al aumento de costos según la historia natural de la enfermedad: los costos en salud empiezan a desembolsarse hasta ocho años antes de ser diagnosticados (Nichols et al, 2000). Pero conforme transcurre el tiempo, los **costos** se van **elevando progresivamente** (Brown et al, 1999), de este modo: 1) cuando el paciente pasa del primer nivel a la atención especializada (en aumento variable); 2) cuando se inicia el tratamiento farmacológico cardiovascular (50%); 3) en etapa de nefropatía diabética incipiente (65%); 4) cuando ocurre una complicación cardiovascular (360%); 5) en etapa de nefropatía diabética avanzada (195%), y en insuficiencia renal terminal (771%)

F) ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN DIABETES MELLITUS

1. DEFINICIONES.

Actualmente el concepto “adherencia terapéutica” significa el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada y compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria. Se inspira en

los estudios de Hentinen(1967) quien describió la adherencia “como un proceso activo, responsable y flexible de autocuidado, en el cual el paciente se esfuerza por lograr la buena salud al trabajar en estrecha colaboración con el personal sanitario, en vez de limitarse a seguir las reglas rígidamente prescritas”.

En el caso de México, al interior del proyecto “Adherencia Terapéutica en la Secretaría de Salud del Distrito Federal”, (2012, p 1), Adherencia Terapéutica es un concepto multifactorial donde: “además de seguir las indicaciones médicas, se requieren una serie de cambios en los hábitos, en el estilo de vida, en los pensamientos y en las habilidades de la persona con diabetes.. para llevar de mejor manera el tratamiento y obtener como resultado un mejor calidad de vida”.

2. ADHERENCIA SEGÚN TIPO DE DIABETES.

Al referirnos a la adherencia terapéutica en diabetes, debemos distinguir el tratamiento adecuado para cada tipo de diabetes mellitus.

Por ello recordamos las características de cada una y su tratamiento, como sigue:

- 1) *Diabetes tipo 1*, antes conocida como “diabetes mellitus insulino dependiente” o “diabetes juvenil”, representa entre el 5 y 10% de los casos diagnosticados. Está causada por el fracaso de las células beta del páncreas para producir insulina. Puede aquejar a niños y adultos que requerirán inyecciones diarias de insulina. Si la dosis no es adecuada, se produce la cetoacidosis (la cetoacidosis diabética es una complicación aguda, desencadenada por deficiencia de insulina, aumento de glucagón y formación de cuerpos cetónicos; así como por sobreproducción hepática de glucosa y disminución de la captación de glucosa en músculo, lo que ocasiona hiperglucemia) (Gómez et al, 2011, p 217) y el paciente pone en riesgo su vida, generalmente requiere hospitalización. En este caso es muy importante la adherencia al tratamiento para sobrevivir.
- 2) La *diabetes tipo 2*, antes llamada diabetes mellitus no insulino dependiente, o diabetes de aparición en el adulto, representa cerca de 90% del total diagnosticado. Generalmente se asocia al sobrepeso y es causada por la resistencia a la insulina. Por esta razón, estos pacientes requieren de control de peso a través de regímenes alimentarios y de actividad física. De cualquier modo, la función de la célula beta pancreática disminuye en el mediano y largo plazo, lo que deriva en la necesidad de un tratamiento combinado de medicamentos orales e insulina exógena.
- 3) La *diabetes gestacional* se presenta entre el 2 y 5% de los embarazos. Generalmente desaparece después del parto. Los factores de riesgo son: raza latinoamericana, grupo étnico y antecedentes familiares de diabetes y obesidad. La paciente requiere de un seguimiento médico muy puntual durante la gestación, vigilar su alimentación y sus cifras de glucosa.
- 4) *Otros tipos específicos de diabetes* son producto de síndromes genéticos específicos, cirugía, medicamentos, malnutrición, infecciones y otro tipo de enfermedades y se presenta entre el 1 y 2% de todos los casos diagnosticados de diabetes. Seguir las indicaciones médicas en cuanto al medicamento y demás áreas del tratamiento es indispensable para evitar complicaciones funestas.

3. UNA RECOMENDACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO EN DIABETES.

Según Pérez- Pastén (2011, p 71), la American Association of Diabetes Educators (AADE) , declaró que la educación en el automanejo debiera incidir en los siguientes siete comportamientos de autocuidado:

1. Ser físicamente activo (ejercicio).
2. Alimentación.
3. Medicamentos.
4. Monitoreo de la glucosa sanguínea.
5. Resolver problemas (hiperglucemia-hipoglucemia-días de enfermedad).
6. Reducir factores de riesgo para las complicaciones.
7. Vivir con diabetes (adaptación psicosocial).

4. FACTORES QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN DIABETES.

Aunque lograr las metas del tratamiento en el paciente con diabetes contribuye a mejorar su calidad y expectativa de vida, son muy escasos los pacientes que logran cumplir con todos los objetivos terapéuticos. Para Lerman, (2011, p 67) médico especialista adscrito al Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, la adherencia terapéutica se dificulta por estos factores:

- a) La práctica médica tradicional está estructurada principalmente para resolver problemas agudos y no enfermedades crónicas como la diabetes.
- b) La presencia de la inercia clínica, que se refiere al retraso en tomar acciones para lograr los objetivos terapéuticos por:
 - Falta de conciencia de estos objetivos.
 - Renuencia a tratar al paciente asintomático.
 - Polifarmacia.
 - Limitaciones de tiempo para explicar y convencer al paciente.
 - Carencias económicas.
 - La ausencia de un sistema de salud integrado para atender al paciente.
 - Las dificultades propias del paciente para aceptar vivir con una enfermedad crónica, cambiar su estilo de vida y adherirse al tratamiento indicado.

Por su parte, el proyecto Adherencia Terapéutica en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, (2012, p 1-2) reconoce tres grupos de factores que dificultan la adhesión terapéutica: los relacionados con el paciente; con la enfermedad; y con el equipo de salud. Así describe los de cada factor.

- a) Relacionados con el paciente.
 - Poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento.
 - Ideas equivocadas relacionadas con la enfermedad o su tratamiento.
 - Actitudes negativas o molestia del paciente, o sus familiares, hacia el tratamiento.
 - Falta de habilidades, destrezas o práctica para involucrarse en su tratamiento.

- Falta de apoyo familiar.
 - Problemas emocionales o de personalidad como: tristeza, angustia, enojo, apatía, evasión, etc.
- b) Relacionados con la enfermedad.
- Estados emocionales (enojo, depresión o angustia, etc) inducidos por la diabetes.
 - Malestares físicos por los efectos secundarios de los medicamentos.
 - El paciente siente el tratamiento como muy demandante y complicado.
- c) Relacionados con el equipo de salud.
- Excesiva carga de trabajo para médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.
 - Falta de recursos como: medicamentos, análisis de laboratorio, etc.
 - Ideas equivocadas o desconocimiento acerca de lo que es Adherencia Terapéutica.
 - Actitudes negativas del personal que atiende al paciente.

5. EFECTOS DE LA NO ADHERENCIA TERAPEÚTICA.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal advierte sobre los efectos negativos de la falta de adherencia terapéutica:

- a) En lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables.
- b) En lo familiar, provoca crisis y problemas entre sus integrantes.
- c) En lo social, implica enormes costos para las Instituciones de Salud.

G) ULTIMAS CIFRAS DE DIABETES EN MÉXICO.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), publicó las siguientes cifras relacionadas con la diabetes, en nuestro país:

Existen **6.4 millones** de adultos mexicanos que recibieron diagnóstico por un médico y reciben tratamiento. De estos, 25% (1.6 millones) presentaron evidencia de un adecuado control metabólico. Entre los mexicanos con diagnóstico previo de diabetes, se incrementó la proporción de los que reciben **tratamiento con insulina** de 7.3 a **13.1%** ; entre los que acuden a los servicios financiados por el Sistema de Protección en Seguridad Social, el incremento fue mayor y pasó de 4.6 a 14.8%. Asimismo 1.8 millones de adultos diabéticos (casi el **30%**) **presentan complicaciones**.

Por otro lado, en México existen 26 millones de adultos con sobrepeso y 22 millones tienen obesidad, “provocado por mayor acceso a alimentos con alta densidad energética y bebidas con aporte calórico, mayor tamaño de porción de alimentos, vida sedentaria y un ambiente de constante promoción del consumo de productos no saludables”.

En cuanto a la **prevalencia** de diabetes mellitus tipo 2, observamos que en 2000 era de 5.7 millones; en 2006, 7.0 millones; y **en 2012, 9,1 millones**.

Referente al tipo de medicamento que los diabéticos adultos usan, en 2012 el 72.5% usan pastillas; 6.4% insulina sola; 6.6% ambos (pastillas e insulina) y 13% insulina (sola/combinada).

Respecto al sobrepeso y obesidad, que son dos factores de riesgo para generar complicaciones en diabéticos; y para presentar diabetes, en los no diabéticos, las cifras son: en **mujeres** adultas, 35.4% tienen sobrepeso y **35.2% obesidad**. En **hombres** adultos, 38.7% tienen sobrepeso y **32.7% obesidad**.

CAPITULO IV.

DE LAS NECESIDADES A LAS “POBREZAS”.

*“Mi cuerpo está enfermo
mi corazón late de prisa
Las fuerzas me abandonan
Y la vista se me nubla.
Esta enfermedad me acerca a mi cuerpo
Que había ignorado y despreciado
Cuando es parte íntima de mi ser
Compañero fiel en el camino de la vida.
Sana, Señor, este cuerpo que tú has creado.
Quiero cuidarlo con interés y cariño
Y devuélveme la alegría de la salud.”
Salmo 38.*

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (2006) “ la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.” Algunos investigadores (IWGIA, 2006) incluyen en esta definición “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y, social y en armonía con el medio ambiente y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. En este sentido, algunos autores han determinado los tipos de necesidades fundamentales para mantener nuestro equilibrio o salud.

1. TIPOS DE NECESIDADES SEGÚN GONZÁLEZ.

Por ejemplo, la Doctora Ana María González Garza(1993, p 5-7) anota que como seres humanos vivos, todos tenemos cuatro dimensiones de necesidades, que es importante satisfacer para preservar la salud.

1. En la dimensión biológica, anota:

Respirar, conservar la temperatura, alimentarse y nutrirse, hidratarse, desechar toxinas (orinar, defecar, sudar), dormir, descansar, relajarse, moverse, regenerarse (que significa reestablecerse después de una enfermedad, o carencia ocasional como desvelarse, fatigarse, etc); defenderse de las agresiones (con referencia específica al sistema inmunológico), autoproducirse (que proviene del concepto “autopoiesis” del chileno Maturana y significa ser capaz de realizar sus funciones orgánicas sin apoyo de medicamentos, complementos alimenticios, aparatos médicos, etc), mantener el equilibrio biológico y la vida sexual. Estas necesidades entran en ciclos circadianos (cada 24 horas) de satisfacción-carencia-satisfacción bajo ciertos parámetros de normalidad. En un sentido general, el que estas necesidades estén satisfechas, logra la sobrevivencia, salud y homeostasis humana.

2. En la dimensión psicológica, existen:

Afectivo-emocionales, sensoriales, identidad, ubicación en el tiempo y espacio, logros intelectuales. Si se satisfacen, provocan integración psicológica, búsqueda de significados, conocimiento de la realidad, objetividad y logros intelectuales.

3. En la dimensión organísmico-social, menciona:

Equilibrio, armonía, comunicación, relaciones interpersonales, diálogo, pertenencia, integración social, apertura, dar y recibir. Al tener satisfechas éstas, se logra la libertad, responsabilidad, solidaridad, justicia, compromiso y armonía.

4. En la dimensión transpersonal, ubica:

Metanecesidades, que son las que trascienden a las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, encaminadas al desarrollo de los valores más elevados del ser. Si estas se atienden, se obtiene amor, bien, bondad, belleza, verdad, justicia, compasión, liberación.

2. NECESIDADES ALTERADAS POR LA DIABETES MELLITUS.

Esta primera aproximación nos servirá como estructura, para comprender las alteraciones que la diabetes provoca en el ser humano.

Así tenemos que, por lo que respecta a las necesidades **biológicas** en un organismo sano (idealmente con peso y un índice de masa muscular promedio) cada 24 horas existe el llamado ciclo circadiano durante el cual la persona siente hambre, sed, necesidad de orinar y excretar heces fecales, un determinado grado y volumen de sudoración, una fase de sueño, de ensueño y de vigilia; una etapa u horas de movimiento a través de distintas actividades, de reposo, de relajación y descanso, de actividad sexual (o no y que varía según las circunstancias de cada persona), donde hay un momento de regeneración y una capacidad de autopoiesis.(significa la posibilidad de autoaporte, de no requerir medicamento, aparatos de apoyo ortopédicos, etc).

En el caso de la persona con diabetes, distintas necesidades se alteran de modo importante y permanente rompiendo la homeostasis previa del organismo. La peor parte es la etapa asintomática de la enfermedad, donde los tejidos van perdiendo progresivamente su funcionalidad de manera imperceptible, porque el azúcar va alterando regiones mínimas de los órganos, que no duelen. Con el paso de los años, la zona afectada crece hasta que se colapsan sin remedio y entonces aparecen las señales de alarma (Staff, 2008, p 29) como son:

Páncreas. El órgano deja de producir insulina o la insulina no es suficiente o no de calidad adecuada. Por lo tanto no permite que las células aprovechen la glucosa. Entonces la persona rompe el equilibrio en su ciclo circadiano y tiene mucha sed, a pesar de haber tomado la misma cantidad de agua que acostumbra; hambre, aunque haya comido como lo hace regularmente; cansancio, incluso cuando ha descansado y dormido lo mismo de siempre; necesidad frecuente de orinar, aún cuando no haya tomado más agua de la que acostumbra; pierde peso significativamente, sin haber variado su nivel de actividad; a veces tiene dolores frecuentes de cabeza, e impotencia sexual.

Riñones. Al aparecer la insuficiencia renal crónica (IRC), pierden la capacidad de eliminar las toxinas que el organismo genera, a pesar de no variar la cantidad o calidad de comida y bebida. Entonces requieren ayuda importante a través de la diálisis (lavado de sangre). A su vez, la IRC provoca hipertensión arterial porque los riñones no filtran el agua adecuadamente. En México, 80% de los casos de daño renal son provocados por la diabetes

Pies. Se desarrolla la neuropatía periférica que aminora la sensibilidad al tacto y dolor; asimismo, provoca infecciones por heridas inadvertidas. El resultado extremo es gangrena que se soluciona con amputación. De este modo, la necesidad de movimiento se afecta de modo importante.

Ojos. Al afectarse los vasos sanguíneos del fondo del globo ocular, aparece el daño microvascular y se forman tejidos fibrosos en la retina. Esto se denomina retinopatía diabética y el no ver o reducir significativamente el campo visual, la persona se mueve menos, sus actividades se reducen o restringen, y su reposo se altera.

Corazón. Sus arterias se estropean a causa del llamado “daño macrovascular” que, al ser bloqueadas, pueden generar infarto. Por lo tanto, la persona se fatiga, no respira correctamente, ni se oxigena adecuadamente.

Cerebro. La circulación se ve afectada, se deterioran las paredes de sus arterias y puede sufrir una embolia. Las necesidades de locomoción se alteran, los ciclos de sueño, de actividad y reposo.

Sistema digestivo. Cambia el funcionamiento del intestino al dañarse los nervios que participan en el proceso de la digestión, por ello se acumula mayor cantidad de alimento en el estómago y el paciente sufre episodios de estreñimiento alternados con diarrea. De este modo, se afectan las necesidades de excreción y de nutrición.

Respecto a las necesidades **psicológicas**, sus sensaciones son nuevas y su identidad se altera. El paciente vive un caos emocional alternando su miedo, angustia, enojo, depresión, fatiga; vive una irritabilidad constante si no consume alimentos con cierta periodicidad, por la baja del azúcar, que físicamente lo altera. Pareciera como si se convirtiera en otra personalidad. Le angustia su futuro y se enoja contra el diagnóstico, los médicos, el personal de salud, sus familiares.

En relación a las necesidades **organísmico-sociales**, su equilibrio se rompe, algunas relaciones pierden armonía, se dificulta su comunicación interpersonal, su sentido de pertenencia se vulnera puesto que es rechazado o excluido en algunas actividades, debido a sus nuevos hábitos y estilos de vida “no tomo refresco, no voy a tomar bebidas alcohólicas, no tomo postre”, etc.

Referente a las necesidades **transpersonales**, su fé religiosa es puesta a prueba, su confianza en los demás y en sí mismo se tambalea, y requiere encontrar un sentido de vida frente al deterioro de su salud.

Este panorama no es suficiente para describir todos los ámbitos de necesidades humanas. Por eso requerimos de otros enfoques.

3. TIPOS DE NECESIDADES SEGÚN DE LEÓN.

Con el fin de complementar este esquema, el Doctor Carlos de León de Wit (2003, p 154-166), clasifica en ocho tipos, las necesidades humanas:

- 1) De sobrevivencia. Aquí tenemos consideradas los reflejos, instintos y funciones como soñar, arraigo, seguridad, tocar. (que no fueron mencionadas explícitamente en la autora anterior). Se relacionan con el funcionamiento del cerebro de reptil.
- 2) De nutrición y crecimiento. Se refiere no sólo a la nutrición de alimento físico, sino de estímulos y experiencias adecuadas para que la persona crezca y se desarrolle no sólo física sino mental, emocional y socialmente. Corresponde al desarrollo de funciones cerebrales límbicas.
- 3) De identidad emocional. A partir de la formación de la imagen y esquema corporales, el niño incorpora su visión y relación con el mundo que lo rodea, no sólo su mundo inmediato personal, sino su relación con el cosmos. Reconoce un centro, self o corazón, un yo interno a partir de lo cual el individuo reconoce quién es, empatiza consigo mismo y con los demás.
- 4) De identidad verbal. En cuanto el neocórtex empieza a desarrollarse, la maduración del funcionamiento lógico, racional, verbal del ser humano evoluciona. Esta evolución le permite crear un modelo y esquema descriptivo de la realidad, que es nombrado y que favorece la comunicación con otros seres humanos. Esto genera códigos, idiomas o lenguajes. Sin embargo, los códigos pueden ser inamovibles y generar percepciones de realidad rígidas, inflexibles y neuróticas, convirtiéndose en sistemas de creencias parcial o completamente falsas. Por otro lado, pueden crear diálogos internos imparables y alentar la mente dual.
- 5) De coherencia en la estructura de la realidad. Aquí empiezan las necesidades relacionadas con el ámbito transpersonal. Después del sexto año, las estructuras cerebrales del niño ya están completas y trata de integrar, a través de generar coherencia, las distintas realidades y niveles de experiencia. Esto se realiza a través de coordinar las funciones de los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro. Las investigaciones neurofisiológicas de Jacobo Grinberg (1990), por ejemplo, demostraron mayor desarrollo del cuerpo calloso en personas con mayor coherencia interhemisférica. El hecho de que un niño practique las funciones de razonamiento y también use su intuición; que desarrolle sus siete inteligencias: lógica, matemática, verbal, interpersonal, intrapersonal, musical, corporal (Gardner, 1999) más la espiritual, favorecen mayor consciencia personal y, por supuesto, más armonía personal. La integración de la totalidad percibida e integrada por el sistema nervioso, se denomina “campo neuronal” (Grinberg, 1990) (De León, 2003). Para De León (2003, p.161) el campo neuronal “se llama así porque comprende la suma de sinapsis y corrientes eléctricas neuronales que forman un campo bioelectromagnético y porque la palabra campo implica un terreno de pensamiento, percepción y acción. El campo neuronal es la manifestación fisiológica de la conciencia del individuo y la interpretación personal de la realidad”. A mayor coherencia, mayor desarrollo de la sabiduría personal y más claridad tiene en su sentido de vida.
- 6) De trascendencia. Esta necesidad aparece en la conciencia del individuo, cuando se da cuenta que existe la impermanencia; así como la posibilidad de la muerte propia y de otros. De acuerdo a la sabiduría oriental, esta capacidad de darse cuenta aparece al final de los siete años de edad. Ello abre la posibilidad, en edades más avanzadas, de interrogantes profundas como quiénes somos, hacia dónde vamos, cuál es nuestra misión o vocación, etc.

Mientras que algunos individuos buscan “permanecer en la memoria de los sobrevivientes” a través de sus descendientes, o de alguna labor reconocida por otros; esta necesidad también se expresa a través de la búsqueda de una identidad más transpersonal, espiritual o mística; es decir, qué más somos, además de una identidad física o mortal. Entre estas búsquedas, explora los terrenos religiosos o de caminos espirituales. De León subraya la indispensable condición de que las religiones y tradiciones espirituales incorporen las dos siguientes necesidades, para evitar manejos enajenantes en el individuo.

- 7) De liberación. Impulsa la búsqueda y la fusión con una realidad más allá de la impermanencia, el sufrimiento y la limitación, estos ideales de perfección, totalidad y unión con ellos: la integración con la realidad última o divinidad, entendida de modo específico en las distintas religiones y caminos espirituales. La esencia de esta necesidad podría ser explicada en dos etapas: buscar y encontrar esa realidad de amor, gozo y plenitud más allá del sufrimiento o limitación; y el compartir y enseñar a otros ese camino de realización.
- 8) De transmutación. Se refiere a que el ser humano no es sólo el efecto de las acciones de otros, sino que puede crear y recrear su realidad y a sí mismo. No es sólo una necesidad o un derecho, sino una responsabilidad; es co-creador de realidades personales y colectivas y puede impulsar el perfeccionamiento propio y de otros, erradicando el sufrimiento y la limitación. En algunos caminos espirituales se habla de la restitución de la creación.

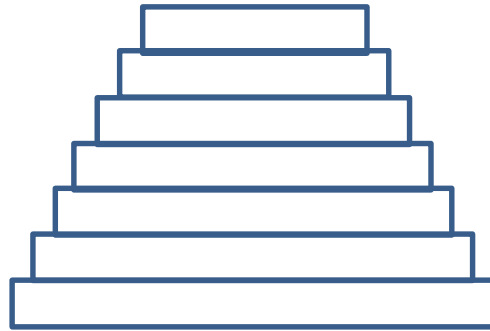
En nuestra realidad neurótica, cuando un adulto de 30 años de edad, por ejemplo, es diagnosticado con diabetes, encontramos que estas ocho necesidades pueden estar en un desequilibrio o carencia permanente desde antes del diagnóstico. Por las características propias de cada historia, observamos que en la infancia y la juventud, el desarrollo psicobiológico de los individuos quedó alterado en mayor o menor medida. Esta alteración dificulta o impide que el individuo posea habilidades necesarias para una vida plena y armónica. Entonces encontramos pensamientos obsesivos, negativos o poco realistas; actitudes fijas y limitantes; dificultades para comunicar con honestidad y precisión sentimientos y pensamientos, necesidades y deseos; incongruencias entre la emoción, el pensamiento y la acción; etc.

4. JERARQUÍA Y DINÁMICA DE NECESIDADES SEGÚN MASLOW.

Abraham Maslow, psicólogo estadounidense y representante de la tercera escuela y considerado “Padre” de la cuarta escuela de la psicología, o escuela Transpersonal (quien paradójicamente promovía una perspectiva integrativa y no sectarizada de cada escuela psicológica), jerarquizó las necesidades humanas de este modo, en la llamada “Primera pirámide de Maslow”. (Maslow, 2006), (González, 2005, p 71, 77)

7. Autorrealización y Trascendencia

6. Superiores
5. Intelectuales
4. Autoestima
3. Pertenencia
2. Seguridad
1. Supervivencia



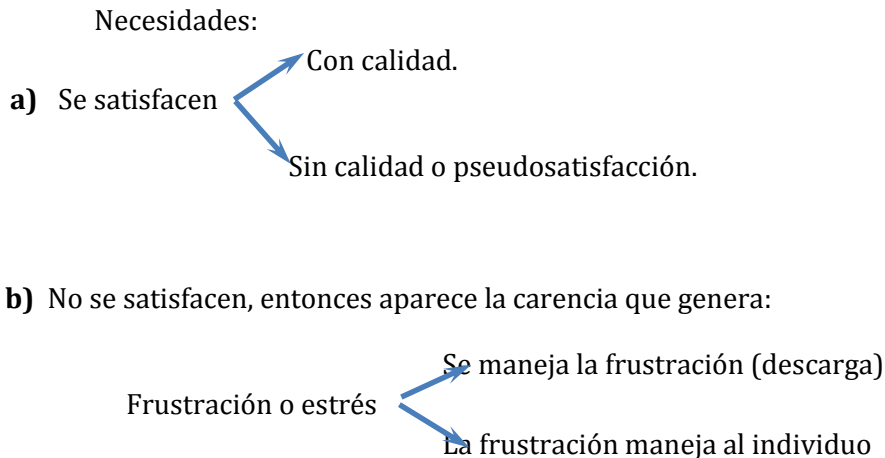
Los tres primeros escalones son considerados **necesidades** y requieren un movimiento del ser que va de afuera hacia dentro del propio ser humano. Es decir, requiere tomar algo del exterior para satisfacer su carencia (agua, alimento, abrigo, afecto, reconocimiento, etc) .

La satisfacción de las **metanecesidades** del último escalón, invierte la dinámica del movimiento del ser, que ya no puede resolver esas “necesidades” (llamadas meta-“más allá” necesidades) a través del exterior sino que requiere expresar o manifestar sus potencialidades internas, al medio. Es algo que sólo el propio ser puede aportar al planeta. No hay forma de que exprese algo que no surja del interior de su ser. Por eso se llaman “metanecesidades”. Porque no surgen como carencia, sino por auténtica expresión propia. “Duele no ser uno mismo”, “duele no expresar una auténtica tendencia o impulso”. Proviene del dominio del Ser y no del ámbito deficitario del ego personal. Las metanecesidades se empiezan a manifestar alrededor de la adolescencia, cuando el joven entra en crisis existenciales y se pregunta “¿quién soy?” “¿para qué estoy aquí?” y es en su propia búsqueda de respuestas (que nadie puede resolverle, sino él mismo) donde puede descubrir su vocación o su propia misión o su propia individualidad. Es el encuentro con su propia consciencia, más allá de cualquier condicionante. Ahí, desde la potencia del Self (o sí mismo), es que empieza a construir su propio ser y hacer en el mundo. Muchas personas probablemente no realizan este ámbito y morirán sin haber asumido plenamente su individualidad.

Cuando un paciente con **diabetes** enfrenta su diagnóstico, hipotéticamente responderá con más o menos adherencia al tratamiento, según el sentido y significado de vida que previamente posea, y que tiene que ver con el modo en que ha integrado en su existencia las necesidades de autorrealización y trascendencia. Por ejemplo, una madre con carencias económicas importantes, puede sacrificar la compra de su medicamento por favorecer las necesidades básicas de su hijo. Pero la jerarquía y dinámica de necesidades en el proceso de desarrollo humano, no termina aquí. En el capítulo siguiente observaremos la segunda pirámide de Maslow, donde la estructura se invierte y la persona entra en otro nivel de consciencia.

5. ESTRUCTURA DE NECESIDADES SEGÚN PELCASTRE.

De aquí se deriva un esquema aportado por esta autora y que puede ayudarnos a comprender el estado de las necesidades humanas:



Por supuesto, todos hemos tenido necesidades satisfechas **con calidad**. Esto significa equilibrio y armonía. Implica que el organismo cierra una Gestalt al satisfacer una necesidad y su consciencia pasa a otro contenido. También significa que la energía y tiempo requeridos para satisfacer esa necesidad son menores al beneficio obtenido a través de la satisfacción de esa necesidad. Por ejemplo, si una persona tiene hambre y come una fruta fresca, digiere pronto su alimento y sacia su hambre con poco desgaste orgánico.

Una necesidad se satisface con menos calidad o con **pseudosatisfacción**, si invierte demasiada energía y tiempo en relación al beneficio que obtiene. Es el caso de beber tequila para apagar la sed porque el tiempo de asimilación de la bebida es muy largo, y el organismo pronto puede volver a tener sed. O es el caso de obtener compañía a cambio de experimentar intensas humillaciones y golpes físicos, el precio energético que paga es muy alto .

Si el organismo no satisface una necesidad, esa carencia provoca una tensión adicional (se produce cortisol) llamada **frustración** o estrés.

Entonces puede manejarse **sanamente** esa frustración al descargar conscientemente ese exceso de tensión (a través de movimiento, ejercicio, expresión emocional, verbalización o respuestas corporales conscientemente dirigidas: llanto, grito, vómito, entre otras).

Si **no se maneja** esa frustración, ésta se acumula en el organismo y el individuo puede tener un “acting out” o impulso no conscientemente dirigido, con efectos frecuentemente perjudiciales para éste o gente que le rodea.

6. FRUSTRACIÓN DEL DIABÉTICO Y MÉTODO ONTOGÓNICO.

La diabetes mellitus, como problema de salud, se convierte en un causal extra de frustración para quien la padece, e incluso para la familia del enfermo. Por ejemplo, respecto a las necesidades **psicológicas** insatisfechas o carencias psicológicas, como ya habíamos mencionado, la diabetes provoca cambios de ánimo constantes; ira y depresión, ansiedad, pensamientos difusos. A veces genera miedos al futuro por pensamientos catastróficos y obsesivos (la amenaza constante de las complicaciones por diabetes) . La necesidad de defenderse frente a estos miedos desemboca, en ocasiones, en compulsiones: automonitoreo excesivo “no se me vaya a subir el azúcar” (hiperglucemia), o “no me vaya a bajar el azúcar” (hipoglucemia). Desequilibrios en el autocuidado: sólo pienso en mi enfermedad “yo soy sólo un enfermo” ; o “ me empeño en negar mi condición de salud”.

En relación con la carencia o insatisfacción de necesidades **sociales**, surgen sentimientos de exclusión alrededor de hábitos de comer y estilos dietéticos. Existe frustración social contra el individuo con un sistema de nutrición distinto al de la mayoría. Recordemos que en México el espacio social de convivencia privilegiado es alrededor de la comida y más importante, el consumo de bebidas alcohólicas y en su combinación con refrescos, además del acostumbrado postre. Igualmente los horarios y número de comidas (desayuno, colación, comida, colación, cena) alteran los modos y estilos alimentarios de la mayoría. Por lo tanto, la persona con un régimen alimenticio diferente puede ser vista como la que “menosprecia” aquello que se le ofrece. Entonces recibe hostilidad, abierta o velada de quienes comen con el paciente. Asimismo, el diabético que intenta seguir su dieta, vive ya su propia frustración por renunciar a ciertos alimentos, y ser “castigado” por ello. En familias con poca flexibilidad y salarios limitados, puede ser muy molesto tener que hacer dos menús distintos: el de los “sanos” y el del “diabético” e implica un ajuste familiar para apoyar o por lo menos no desalentar los esfuerzos del diabético.

Respecto a las necesidades **transpersonales** o “metanecesidades” de autorrealización y crecimiento, la diabetes pone a prueba las capacidades humanas de adaptación, de autoconfianza, de creencia en los metavalores como la Bondad, la Armonía, la Paz, la Justicia, la Misericordia, etc que la persona y/o familia pueden colocar en un ser superior o divinidad; incluso en la sabiduría o pericia médica. Especialmente cuando el enfermo vive experiencias como la amputación de miembros inferiores, ceguera, dolores intensos por neuropatía o incomodidad por nefropatía.

Por lo tanto, diversas intervenciones grupales e individuales se dirigen al manejo consciente de la frustración, a través de técnicas específicas.

En el caso de **Ontogonía**, el modelo de desarrollo humano-transpersonal creado por el Dr. Carlos de León de Wit, (2003, p 208) existe un método muy efectivo para impulsar la evolución humana. Este método tiene cuatro pasos, que son:

- a) Sobrecargar.
- b) Observar.
- c) Permitir.
- d) Integrar.

Este método, utilizado para favorecer la trascendencia, será explicado en el siguiente capítulo.

7. DE LAS NECESIDADES A LOS DERECHOS.

Del reconocimiento social de las diversas necesidades, que la naturaleza y/o la sociedad debiera tender a satisfacer, distintos agentes sociales han establecido “Derechos” de individuos y grupos humanos e incluso animales. En relación al tema que nos ocupa, describimos dos niveles de “Derechos”: uno, para todos los seres humanos y otro para un grupo particular.

7.1 Derechos del Ser, según De León.

En efecto, el Dr. Carlos de León (2003, p 216-221) explica que los derechos del ser, correspondientes a los seres humanos por el mero hecho de existir, son:

- 1) Vivir.
- 2) Experimentar.
- 3) Ser uno mismo.
- 4) Necesitar.
- 5) Tocar.
- 6) Ser sano y feliz.
- 7) Crear.
- 8) Intimar.
- 9) Ser libre.
- 10) Amar.

Desgraciadamente estos derechos no son asumidos por los educadores formales y no formales (maestros, padres, autoridades, adultos con los que los niños conviven, médicos, promotores de salud) y por lo tanto, **no son modelados** en las relaciones humanas. En una sociedad mayoritariamente neurótica (según la Organización Mundial de la Salud), no es el amor, el respeto o el autoconocimiento lo que rige el ambiente en que los humanos vivimos. La educación no prepara individuos para ejercer su libertad responsablemente. Más bien el énfasis está puesto en que obedezcan, sin cuestionar la validez práctica, o ética de las normas, en el mejor de los casos. En el peor escenario, los educandos viven una incongruencia sistemática entre los contenidos educativos y los ejemplos que ven en la cotidianeidad.

Un ámbito especialmente conflictivo actualmente, es la **educación para la salud**. Sus postulados y sus intentos no capacitan al individuo para escuchar las indicaciones médicas y cuestionarse sobre su pertinencia. Lo que buscan es la obediencia (adherencia terapéutica). El problema es que los pacientes no necesariamente están en contacto con sus sensaciones, sentimientos, necesidades; no clarifican o cuestionan sus sistemas de creencias ni estilos de vida. Entonces la promoción de la salud no cuenta con bases eficientes para que el paciente sea responsable y consciente del autocuidado.

7.2 Derechos, en el Hospital General de México.

Sin embargo y en relación a los actores del sistema de salud, las autoridades del Hospital General reconocen que los médicos, enfermeras y pacientes tienen derechos particulares, que enlistaron (sic) en carteles que penden de los muros interiores, de este modo:

7.2.1 Diez Derechos de los pacientes.

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento para procedimientos de riesgo.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuanto te inconformes por la atención médica recibida.

7.2.2 Diez Derechos del médico.

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares así como del personal en relación con su trabajo profesional.
6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9. Salvaguardar su prestigio profesional.
10. Recibir remuneración por los servicios prestados.

En relación al sistema de Salud en México, esta enumeración de “Derechos” resulta un ideal difícil de alcanzar. Para realizarlo se requiere no sólo de la educación de los distintos participantes, sino de la modificación de distintos usos y costumbres hospitalarias. Por ejemplo, la institución enfatiza la necesidad de **educar al usuario** que está en la sala de espera del servicio de consulta externa, y que pasa a veces dos o más horas en ella, a través de estas “reglas”, que también se divulgan (sic) en cartelones interiores:

Sala de Espera.

Orientación al usuario.

- Guardar silencio.
- Conservar el área limpia.
- Depositar la basura en su lugar.
- Está prohibido fumar en esta área.
- Respetar la disposición de las sillas.
- No se permite el ingreso con niños a esta área.
- Mantenga la limpieza de los baños para beneficio de todos.
- No consuma alimentos ni bebidas dentro de la sala de espera.
- Trate con educación y respeto al personal y demás usuarios.

Recuerde que su comodidad en momentos de espera es importante para nosotros.

A pesar de esta “orientación”, observamos diversas incongruencias en el hospital: con frecuencia el estado de los baños es lamentable, están tapados o sucios; en algunos no hay agua corriente. Enfrente de la sala de espera y dentro del hospital se venden alimentos y bebidas (no siempre “nutricionalmente sanas”) y en ocasiones las instalaciones están sucias y acumulan basura del día anterior.

Por otro lado, en relación a las **pobrezas**, apareció esta manta (sic) en septiembre, en la barda del Hospital, cerca de la puerta de acceso.

“Los trabajadores del Hospital General de México, O.D. exigimos se respeten nuestros derechos laborales y plazas de nueva creación para atender las excesivas e inhumanas cargas de trabajo. Comité Ejecutivo Nacional. Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Sección XIV. 2012-2015.”

8. RESPUESTAS AL ESTRÉS PROVOCADO POR CARENCIAS O “POBREZAS”.

Las carencias o pobrezas, pueden ser transitorias, y permanentes o crónicas. Esto provoca algunas respuestas en el organismo denominadas reacciones al estrés (Keleman, 1997) y que son explicadas (De León, 2003, p 168-170) del siguiente modo:

1. Investigación, preocupación. Es la primera respuesta corporal al estrés. Hay una tensión superficial generalizada en todo el cuerpo y su representación es una persona que se preocupa por saber qué está pasando, que cuestiona o investiga “¿qué está o me está pasando?”
2. Orgullo, rechazo. Frente a la sensación corporal de amenaza, de peligro, el organismo manda el mensaje al estímulo agresor de rechazo, defensa u orgullo. La tensión se incrementa, especialmente en el pecho, mirada y brazos.
3. Rigidez, miedo y aversión. Este nivel de reacción crea un conflicto interior “me voy o te vas”, donde las posibilidades son huida o ataque. Se incrementa significativamente la tensión corporal, especialmente en las piernas, por si acaso hay escape. Se empieza a rigidizar el cuerpo.
4. Congelamiento. El individuo vive los dos impulsos simultáneos: huida y ataque. Y al no poder decidir inmediatamente, los músculos se contraen, la tensión es generalizada y profunda. El congelamiento implica paralización e intento de no ser visto.

5. Retiro sumiso. El cuerpo adopta una postura de sumisión, de protección extrema al rendirse y desplomarse el cuerpo.
6. Colapso, derrota. La estructura corporal se colapsa, expresa fracaso, caída. Se resigna a morir, a no existir.
7. Terror. La energía del cuerpo se retira de la superficie, a la profundidad de las vísceras; la circulación en la piel es deficiente, la mirada es vacía, los hombros están escogidos y el organismo se observa desvitalizado.

En esta lógica, es posible observar previamente y durante el proceso de enfermedad, el manejo de estrés que una persona realiza. Por eso, para un ojo entrenado, las tendencias humanas pueden ser previstas. En el trato con los pacientes y familiares, es necesario explorar los hábitos y recursos que permitan la expresión y descarga sana de la tensión. Este es uno de los objetivos importantes del Programa descrito en esta tesis.

9. EL ORIGEN DEL CONCEPTO “POBREZAS”: MAX-NEEF Y EL “DESARROLLO A ESCALA HUMANA”.

Respecto al tema de necesidades y pobreza, es significativa la aportación de **Manfred Max-Neef**.

Este economista chileno-alemán, es el creador de conceptos como “economía descalza” y “desarrollo a escala humana”. Fue ejecutivo de la compañía petrolera Shell y asimismo, funcionario de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) y ONU (Organización de las Naciones Unidas).

Su **principio filosófico** básico es: “ningún proceso o interés económico, bajo ninguna circunstancia, puede estar por encima o sobre la reverencia por la vida”. Sin embargo, en su trabajo **observó** que: “la actualidad es exactamente lo contrario a estos postulados y este principio.” (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 40).

Por ello encarna la corriente contra el neoliberalismo, tan de boga hoy en día. Sus **ideas económicas** se fundamentan en los cinco postulados:

1. La economía está para servir a las personas y no las personas para servir a la economía.
2. El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos.
3. El crecimiento no es lo mismo que el desarrollo y el desarrollo no precisa necesariamente de crecimiento. “esto irrita mucho a mis colegas y les cuesta mucho tragarlo. Es como darles una bofetada”.
4. Ninguna economía es posible al margen de los servicios que presten los ecosistemas.
5. La economía es un subsistema de un subsistema mayor y finito que es la biósfera y por lo tanto, el crecimiento permanente es imposible.

Para los fines de esta tesis, Max-Neef, premio Right Livelihood Award 1983 (considerado el premio Nobel alternativo), diseñó una matriz de necesidades y satisfactores que más adelante describiremos.

Dicha matriz surgió en el contexto del llamado “**Desarrollo a Escala Humana**” (Max-Neef, Elizalde et Hoppenhayn, 1998), cuyo postulado básico, como mencionamos, es que el desarrollo económico debe estar enfocado a las personas y no a los objetos. El “Desarrollo a Escala Humana” es una tendencia alternativa a los enfoques económicos tradicionales, que enfatizaban la producción de bienes para después resolver el problema de su distribución en la población. Primero crear la riqueza, para después repartirla. La **crítica** de Max-Neef es que en la mayor parte de los países, especialmente pobres o “subdesarrollados”, la riqueza producida está apropiada por los sectores altos y, después de décadas donde la política ha favorecido a las clases acomodadas, no se ha distribuido la producción nacional equitativamente. Los frutos del trabajo de grandes sectores pobres, continúan apropiados por los propietarios de medios de producción. Esto, finalmente, eterniza el **círculo vicioso** de la pobreza-bajo nivel educativo-salud quebrantada-desempleo-pobreza. A diferencia de los enfoques del Banco Mundial y demás organismos internacionales convencionales, para el Desarrollo a Escala Humana (DEH), los indicadores como el Producto Interno Bruto señalan el crecimiento cuantitativo de los objetos producidos en un país. Pero **no miden** realmente el **crecimiento cualitativo de las personas**. De aquí que el DEH se pregunta tres cuestiones: (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 40)

1 ¿Cómo puede establecerse que un determinado proceso de desarrollo es mejor que otro? El que permita elevar más la calidad de vida de las personas; el que las desarrolle más.

2 ¿qué determina la calidad de vida de las personas? La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

3 ¿cuáles son esas necesidades fundamentales, y quién decide cuáles son? Las necesidades humanas son finitas, pero múltiples e interdependientes. Por eso, las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en el que ellas se interrelacionan e interactúan. Las necesidades humanas pueden dividirse conforme a múltiples criterios, y las ciencias humanas ofrecen una amplia y variada literatura.

10. PRINCIPALES CONCEPTOS DEL DESARROLLO A ESCALA HUMANA: “SATISFACTORES”, “PATOLOGÍAS”, “POBREZAS”.

Para el DEH, por **necesidades humanas** se entiende “no sólo **carencias**, sino también y simultáneamente **potencialidades** humanas individuales y colectivas” (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 49). Es decir, las necesidades revelan de manera más apremiante el ser de las personas. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, patentizan la tensión constante entre carencia y potencia. No son experimentadas solamente como “la falta de algo” sino que comprometen, motivan y movilizan a las personas. Entonces no son sólo potencialidad sino que incluso pueden llegar a ser recursos. Por ejemplo, la necesidad de afecto es potencial de recibir afecto pero también de darlo. Por ello no es totalmente apropiado hablar de

necesidades que se satisfacen o colman de una vez y para siempre sino que, por ser un proceso dialéctico, es mejor hablar de vivir y realizar las necesidades de manera continua y renovada.

Por **satisfactores** comprende, “formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo, conducentes a la actualización de necesidades”. (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 56) Es decir, los satisfactores no son los bienes económicos disponibles sino que están referidos a todo aquello que por representar forma de Ser, Tener, Hacer y Estar, contribuye a la realización de las necesidades humanas. Puede incluir formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, comportamientos y actitudes.

Por **bienes económicos** considera, “objetos y artefactos que permiten afectar la eficiencia de un satisfactor, alterando así el umbral de actualización de una necesidad, ya sea en sentido positivo o negativo”. (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 56)

El DEH explica que **la interrelación** entre necesidades, satisfactores y bienes económicos es permanente y dinámica. Entre ellos se desencadena una dialéctica histórica porque los bienes económicos tienen la capacidad de afectar la eficiencia de los satisfactores, pero a su vez, los satisfactores son determinantes en la generación y creación de los bienes económicos. De este modo, son parte y definición de una cultura y además, son determinantes de los estilos de desarrollo. Esto explica, también, que cada época histórica y cada cultura transforma los satisfactores de sus necesidades. Por ejemplo, frente a la necesidad de desplazarse, un individuo podría usar un caballo, carreta, auto o avión, según la época o lugar en que se ubique.

Hasta aquí, se concluyen dos **postulados básicos** para cualquier visión del desarrollo:

- 1) las necesidades humanas fundamentales son pocas, delimitadas y clasificables.
- 2) las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de los necesidades. (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 42).

Max-Neef propone una matriz de necesidades y satisfactores que no es normativa, sino que invita a cada persona o grupo, según sea su cultura, tiempo, lugar o circunstancias (limitaciones o aspiraciones) a llenar cada casillero de satisfactores.

Esta matriz se origina en el cruce de dos clasificaciones de necesidades: por un lado, las necesidades según las **categorías existenciales** de ser, tener, hacer y estar. Por el otro, necesidades según **categorías axiológicas** de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Algunos satisfactores pueden originar bienes económicos, por ejemplo, para la necesidad de entendimiento en el “hacer” (investigar, estudiar) se originan bienes como libros, computadoras, etc para favorecer el hacer del entendimiento.

10.1 Satisfactores.

La propuesta del DEH distingue cinco tipos de **satisfactores**: (Max-Neef, Elizalde, Hoppenhayn, 1998, p 60-65).

1. Satisfactores violadores o destructores. Son paradójicos: por una parte intentan satisfacer una necesidad determinada pero impiden su satisfacción en el mediano plazo y, debido a sus efectos colaterales, dificultan la satisfacción de otras necesidades. Este tipo de satisfactores se presentan especialmente en el caso de la necesidad de protección, porque su insatisfacción frecuentemente se acompaña del miedo. La característica básica de este tipo de satisfactores es que son impuestos. Ejemplos: el autoritarismo es un supuesto satisfactor, que pretende satisfacer la necesidad de protección, pero imposibilita la satisfacción de necesidades como afecto, entendimiento, participación, creación, identidad, libertad. La burocracia pretende proteger, pero evita satisfacer necesidades de entendimiento, afecto, participación, creación, libertad.
2. Pseudosatisfactores. Estimulan la falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. No son tan agresivos como los anteriores, pero pueden impedir la satisfacción de la necesidad a la que se dirigen. Su característica básica es que son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión. Por ejemplo la medicina mecanicista (píldora para todo) aparenta satisfacer la necesidad de protección pero puede impedir la necesidad de entendimiento o de subsistencia; el satisfactor de “estereotipos” pretende satisfacer la necesidad de entendimiento y puede impedirla con su reduccionismo; los símbolos de status, tratan de satisfacer la necesidad de identidad, pero pueden obstaculizarla: el llamado “productivismo eficientista obsesivo” , pretende satisfacer la necesidad de subsistencia y pueden finalmente dificultarla, igualmente el adoctrinamiento en relación al entendimiento, la limosna en relación a la subsistencia, etc.
3. Inhibidores. Los satisfactores inhibidores son aquéllos que por el modo en que satisfacen (generalmente sobresatisfacen) una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Su característica básica es que se hallan ritualizados, suelen emanar de hábitos arraigados. Por ejemplo: el satisfactor del paternalismo intenta satisfacer la necesidad de protección pero inhibe la satisfacción de necesidades como entendimiento, participación, libertad, identidad. La familia protectora pretende la protección, pero inhibe el afecto, entendimiento, participación, ocio, identidad y libertad. El aula autoritaria intenta satisfacer el entendimiento pero inhibe la participación, creación, identidad y libertad. Los Mesianismos o milenarismos tratan de satisfacer la necesidad de identidad pero inhiben la protección, entendimiento, participación y libertad.
4. Singulares. Son aquéllos que se dirigen a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de planes y programas de desarrollo, cooperación y asistencia. Su característica básica es ser institucionalizados, ya sea en organismos gubernamentales, empresas u organismos de la sociedad civil. Por ejemplo, medicina curativa, satisface la necesidad de subsistencia. O espectáculos deportivos, dirigidos al ocio. O regalos para satisfacer la necesidad de afecto. Hasta aquí, los cuatro satisfactores son considerados **exógenos**, o externos a la sociedad civil, entendida como comunidad de personas libres, capaces (potencialmente o de hecho) de diseñar sus propios proyectos de vida en común. Son habitualmente impuestos, inducidos, ritualizados o institucionalizados. Es decir, jerárquicamente establecidos de arriba abajo.

El DEH tiene como propósito impulsar proyectos y programas de abajo hacia arriba, donde la participación de la comunidad sea palpable. Y por ello propone el último tipo de satisfactor.

5. Satisfactores sinérgicos o endógenos. Por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Por ejemplo, la medicina preventiva se orienta a satisfacer la necesidad de protección, pero a la vez estimula la satisfacción de necesidades de entendimiento, participación, subsistencia. La meditación, dirigida al entendimiento, estimula la satisfacción del ocio, creación, identidad.

Cada sistema económico, social y político adopta distintos modos de satisfacer las mismas necesidades humanas fundamentales. Por ello es que en cada sistema las necesidades se satisfacen o no, a través de generar o no generar distintos tipos de satisfactores. De aquí que para el DEH, "uno de los aspectos que define una cultura es su elección de satisfactores." (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 42). Y, por supuesto, lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores elegidos y/o las posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos. Una conclusión de estos autores es que el **cambio cultural es consecuencia** –entre otras cosas- **de abandonar satisfactores tradicionales** para reemplazarlos **por otros** nuevos y diferentes,

10.2 Pobrezas.

La metodología del DEH para evaluar una sociedad en función de las necesidades humanas, tiene dos aspectos: primero, analiza qué posibilidades tienen las personas y/o los grupos para realizar sus necesidades; y segundo: examina en qué medida esa sociedad reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ampliadas por los propios individuos o grupos que lo componen. Es decir, en qué medida se favorece la creatividad y recreación de esa realidad social.

Para el DEH, "cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana". (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 43). A diferencia de la economía tradicional, para la cual la pobreza significa la población que se ubica por debajo de un nivel de ingreso determinado, el DEH sugiere no mencionar pobreza, sino **POBREZAS**. Así, **por ejemplo**, hay una pobreza **de Afecto**, por autoritarismo, opresión, relaciones de explotación con el medio ambiente, etc; pobreza de **Entendimiento**, por deficiente calidad de educación; pobreza de **Protección**, por sistemas de salud ineficientes, violencia, guerras, etc; pobreza de Subsistencia, si no hay suficiente alimentación y abrigo; pobreza de **Participación**, si hay marginación, discriminación, etc; pobreza de **Identidad**, si existen imposiciones de valores ajenos a culturas locales o se obliga a la emigración forzada, etc.

Adicionalmente a estas pobrezaas, la forma en que el capitalismo industrial ha organizado la producción y apropiación de bienes económicas, provocó que los bienes se conviertan en fines en sí mismos y originó una carrera productivista y consumo que no necesariamente responde sanamente a la satisfacción de necesidades humanas. Para el DEH "la construcción de una economía humanista exige.. entender y desentrañar la relación dialéctica entre necesidades, satisfactores y bienes económicos, a fin de pensar formas de organización económica en que los bienes potencien los

satisfactores para vivir las necesidades de manera coherente, sana y plena. Esto obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera radicalmente distinta de como ha sido habitualmente pensado por los planificadores sociales y los elaboradores de políticas de desarrollo. Ya no se trata de **relacionar las necesidades** solamente con los bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además **con prácticas sociales**, tipos de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre la forma en que se expresan las necesidades". (Max-Neef, Elizalde, Hoppenhayn, 1998, p 54).

Esto implica que la **economía** no puede ser sólo una ciencia "objetiva", fundamentada exclusivamente en datos "duros", sino que **reivindica lo subjetivo**, más allá de las puras preferencias en materia de objetos y artefactos o, en lenguaje ortodoxo, de la "demanda". Retomando los conceptos de Nussbaum y Sen, (1998, p 18) la forma en que vivimos nuestras necesidades es, en último término, subjetiva. Así podríamos analizar de qué modo los satisfactores y bienes disponibles o dominantes limitan, condicionan, desvirtúan o favorecen nuestras posibilidades de vivir las necesidades humanas. Y, como finalmente el carácter social de la subjetividad es un tema a meditar, es obligado retomar la visión subjetiva-universal, al analizar las necesidades humanas fundamentales.

10.3. Patologías.

Por otro lado, la condición de pobreza permanentes o prolongadas en el tiempo, genera **patologías** no sólo individuales, sino colectivas; (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 43) patologías colectivas de la frustración, para las cuales los tratamientos aplicados hasta ahora no necesariamente son eficaces. Por ejemplo, en el caso del desempleo, el individuo que pierde su trabajo pasa por cuatro etapas: del shock al optimismo, luego al pesimismo y finalmente al fatalismo, donde pierde la satisfacción no sólo de sus necesidades de subsistencia, protección, afecto, participación sino incluso de su identidad. En relación al clima de violencia en México, una población puede entrar en patologías colectivas basadas en miedo y ansiedad.

Frente a estas patologías individuales y colectivas, es necesario reflexionar cómo jerarquizamos y resolvemos nuestras necesidades y de acuerdo al DEH, las necesidades cambian muy lentamente, de acuerdo al ritmo de la evolución humana y para éste, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio y Creación fueron las primeras en aparecer para el Homo Sapiens. Para los autores, en un estadio evolutivo posterior apareció la necesidad de Identidad y después, la de Libertad. **Curiosamente**, el DEH considera que "es probable que en el futuro la necesidad de trascendencia -que no incluimos en nuestro sistema por no considerarla todavía tan universal- llegue a serlo tanto como las otras". (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 54). En este aspecto, yo **difiero** completamente porque me parece que la necesidad de Trascendencia, igual que la de Liberación (no confundirla con Libertad) y Transmutación, pueden estar presentes en individuos de mayor conciencia en cada época histórica.

Paradójicamente, el DEH considera que cuando una proceso social de desarrollo sobre enfatiza la necesidad de subsistencia en detrimento de otras necesidades, el grupo y el individuo se **desequilibran**. Y sostiene que en los países desarrollados no existe evidencia de que

los individuos vivan sus necesidades de manera integrada. Igualmente, afirma que en países ricos, la abundancia de bienes económicos y recursos no ha sido suficiente para resolver el problema de la alienación humana.

Por eso el DEH plantea que las necesidades humanas fundamentales pueden comenzar a realizarse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo, “o sea, que la realización de las necesidades no sea la meta, sino el motor del desarrollo mismo... dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las personas y de toda la persona”. (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 82).

Finalmente, el Desarrollo a Escala Humana plantea que no necesariamente debe agudizarse el conflicto entre Estado y Sociedad Civil sino que intenta demostrar que el Estado puede estimular, promover y apoyar desarrollos regionales, nacionales y personales a través de la participación de todos los actores sociales en el desarrollo orientado hacia la satisfacción de necesidades humanas donde los individuos no son sólo objetos del desarrollo, sino co-partícipes de él.

En relación a la **patología colectiva**, en nuestro país encontramos la obesidad (7 de cada 10 mexicanos tienen sobrepeso), los altos niveles de estrés, la corrupción y la inseguridad; la depresión se ha triplicado como causa de consulta médica en el último año. Estas patologías van más allá de clases sociales o grupos de estatus. Como sociedad, es necesario preguntarnos ¿cómo es que llegamos a estas patologías, que han favorecido u originado los índices tan elevados de diabetes en nuestro país? ¿Cómo explicarnos que el consumo de refrescos per cápita en México sea mayor al de leche, y uno de los más altos del mundo? ¿Cuál es la lógica detrás del elevado consumo de frituras y golosinas azucaradas, en detrimento del de verduras y frutas? ¿Cómo transitamos de la desnutrición infantil en el siglo pasado, a la obesidad infantil de éste? ¿Qué factores han contribuido al incremento en los niveles de alcoholismo en la población, y en estratos de edad cada vez más temprana? ¿Cómo han contribuido los medios masivos de comunicación, la publicidad y propaganda en la instauración de hábitos nocivos y francamente absurdos en la población mexicana? También reflexionamos sobre la relación entre **pobreza y salud**; sobre las condiciones de atención médica entre los más desfavorecidos y sobre las limitaciones de la educación para la salud en la población con muy bajo índice de escolaridad.

11. MATRIZ DE NECESIDADES DE MAX-NEEF.

Para explorar las condiciones de vida de los pacientes, familiares y personal de salud que participan en el programa objeto de esta tesis, presentamos la matriz de Max-Neef, tal como él la diseñó. (Max-Neef, Elizalde y Hoppenhayn, 1998, p 58-59).

Matriz de Necesidades de Manfred Max-Neef.

	SER	HACER	TENER	ESTAR
1. SUBSISTENCIA	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar.	Entorno vital, entorno social
2. PROTECCION	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguridad, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
3. AFECTO	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
4. ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
5. PARTICIPACION	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
6. OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad,	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes,

	sensualidad			paisajes
7.CREACION	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
8.IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
9.LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

Hasta aquí hemos puesto algunas referencias teóricas que nos permitirán conocer y comprender las pobrezas que presenta una población, aunque en el siguiente capítulo desarrollaremos esta matriz, para integrar dos nuevas necesidades y completar otras.

CAPITULO V.

LA TRASCENDENCIA COMO RECURSO Y MÉTODO.

Los ocho versos de entrenamiento mental.

1. *Con el pensamiento de alcanzar la iluminación,
Para el bienestar de todos los seres,
Quienes son más preciados que la joya que satisface todos los deseos,
Practicaré constantemente y pensaré siempre que ellos son lo más valioso.*
2. *En todo momento que me encuentre en compañía de otros,
Practicaré observándome como el más humilde entre ellos,
Y desde las profundidades de mi corazón,
Respetuosamente los veré como superiores.*
3. *En todas mis acciones examinaré mi mente,
Y en el momento en que surja una actitud perturbada,
Y ponga en peligro el bienestar de mí mismo y de los demás,
Firmemente la confrontaré y la trascenderé.*
4. *Cuando me encuentre con una persona mal intencionada,
Dominada por actitudes negativas y un intenso sufrimiento,
La consideraré como a un ser querido, muy difícil de encontrar,
Como si hubiera hallado un preciado tesoro.*
5. *Cuando los demás, abrumados por los celos,
Me maltraten, difamen y calumnien,
Practicaré aceptando la derrota,
Y ofrendándoles la victoria.*
6. *Cuando alguien al que haya beneficiado,
Y en quien haya depositado mi confianza,
Me lastime dolorosamente,
Practicaré viéndolo como mi maestro supremo.*
7. *En resumen, ofreceré directa e indirectamente,
Todo beneficio y felicidad a todos los seres, como si fueran mis madres.
Practicaré en secreto tomar en mí todo su dolor y sus acciones dañinas.*
8. *Sin que estas prácticas sean manchadas por los ocho intereses mundanos,
Y percibiendo todos los fenómenos como una ilusión,
Practicaré sin apego para liberar a todos los seres
De las cadenas de la mente y del karma terrible y perturbado.*

Gueshe Langri Thangpa.

1. DEFINICIONES.

- 1) En el lenguaje convencional, trascendencia es la calidad de trascendente o de trascender. Y refiere a un asunto que es de suma importancia, muy grave o que tiene la posibilidad de extender los efectos de unas cosas a otras, o extender su influencia a futuro. También significa “empezar a divulgarse o ser conocida una cosa”. (Larousse, 1950, p 951).
- 2) Para González (2005, p 198-199), la trascendencia se refiere a “la trascendencia del ego o.. la desidentificación de todos los elementos y dimensiones de una naturaleza humana contemplada como finita y limitada.” También llamada “la muerte del ego” o “desapego del egocentrismo”, significa un nivel de consciencia que es “un acto de libertad responsable, no es más que dejar de centrarse en sí mismo para abrirse a la entrega amorosa y a los valores más elevados o valores del ser”.
- 3) Para Ken Wilber (1988, p 20), la trascendencia implica ir integrando polaridades de distintos niveles de conciencia para ampliar la capacidad de darse cuenta del ser humano y reducir el espectro de la inconsciencia, yendo a través de los niveles de la persona, del ego, del organismo total, de las Bandas transpersonales, hasta llegar a la conciencia de unidad. Esta visión será explicada más adelante.
- 4) Para Carlos de León (2003, p 163-164), la trascendencia es una necesidad humana, que tiene tres acepciones: a) “dejar huella” b) “ir más allá de la muerte” c) “la búsqueda de una identidad más transpersonal, espiritual o mística; es decir, qué más somos además de una identidad física o material”.
- 5) Otra definición de trascendencia, es la que el cirujano pediatra Bernie Siegel(1990, p 239) menciona: “es la transformación en algo nuevo. Abre al paciente a una realidad espiritual de la que antes no tenía conciencia. Empuja a hacer algo real antes de morirnos.... nos damos cuenta que en el universo hay un orden que incluye la enfermedad y las tinieblas, que también son espirituales y forman parte de la vida y nos llevan a un renacimiento y despertar a una realidad nueva”.
- 6) Para Abraham Maslow (2006, p 268), la trascendencia “se refiere a los niveles más elevados, inclusivos u holísticos de la conciencia, la conducta y las formas humanas de relacionarse como fines y no como medios con uno mismo, con otras personas significativas, con los seres humanos en general, con otras especies, con la naturaleza y con el cosmos”. Para este autor, la trascendencia se asocia a 35 posibilidades, que describiremos más adelante y que son frecuentemente practicadas por sujetos cuyas personalidades son denominadas “autorrealizantes”.

2. AUTORREALIZACIÓN Y TRASCENDENCIA.

Las características de este tipo de personalidad excepcionalmente sana, fueron resumidas por dos relevantes estudiosos de Maslow, (Jourard et Landsman, 1994, p 16-18) de este modo:

1. “Una percepción más eficaz de la realidad y relaciones más confortables con ésta que las observadas en las personas promedio. Sus individuos autorrealizados (se refieren a las

- personas que Maslow estudió) parecían captar el engaño, la falsedad y la falta de honestidad en las relaciones interpersonales, y estar en armonía con la verdad y la realidad en todas las esferas de la vida, además, rechazaban lo ilusorio y preferían afrontar una realidad desagradable que retirarse a soñar con fantasías agradables.
2. Un alto grado de aceptación de sí mismo, de otros y de las realidades de la naturaleza humana. No sentían vergüenza de ser lo que eran, y no se sorprendían ni se desanimaban al encontrar defectos en ellos o en otros.
 3. Espontaneidad, sencillez y naturalidad. Las personas autorrealizadas mostraban espontaneidad en su pensamiento, emociones y conducta en un grado mayor que las personas promedio. Preferían compañías que les permitieran ser libres y naturales.
 4. Concentración en los problemas. Todos los sujetos de Maslow parecían concentrarse en problemas ajenos. No eran demasiado conscientes de sí mismos, no eran problemas para ellos mismos; por tanto, podían dedicar su atención a una tarea, deber o misión que parecía apropiado para ellos.
 5. Necesidad de intimidad. Las personas autorrealizadas podían gozar de la soledad; de hecho, de cuando en cuando, incluso la buscaban. La necesitaban durante periodos de intensa concentración en temas interesantes para ellos y para la meditación.
 6. Alto grado de autonomía. Las personas autorrealizadas parecían capaces de permanecer leales a sí mismas frente al rechazo o a la impopularidad; podían perseguir sus propósitos y proyectos, y mantener su integridad aun cuando les doliera hacerlo.
 7. Frescura continua de apreciación. Las personas autorrealizadas mostraban capacidad para “apreciar una y otra vez, con frescura e ingenuidad, las cosas buenas de la vida... una puesta de sol, una flor, un niño o un persona”. Parecía que evitaban encasillar las experiencias en categorías y descartarlas. Podían distinguir lo original en muchas experiencias comunes.
 8. Frecuentes “experiencias pico”. Las personas autorrealizadas parecían estar sujetas a experiencias periódicas que suelen denominarse místicas u oceánicas, sentimientos de que los límites propios como persona han desaparecido de pronto y de que uno se ha convertido en parte de toda la humanidad o de toda la naturaleza.
 9. Gemeinschaftsgefühl. Esta palabra alemana significa sentimiento de hermandad, de pertenecer a toda la humanidad (relacionada con las experiencias místicas). Se descubrió que esta actitud era característica de las personas autorrealizadas, quienes experimentaban una sensación de identificación con la humanidad en su totalidad, de tal modo que podían preocuparse no sólo por los miembros de su familia inmediata, sino también por la situación de personas de culturas distintas.
 10. Relaciones íntimas con unos cuantos amigos o personas amadas. Maslow descubrió que sus sujetos autorrealizados, aunque no eran necesariamente muy populares, tenían la capacidad de establecer relaciones verdaderamente íntimas y afectuosas por lo menos con una o dos personas más.
 11. Estructuras democráticas del carácter. Las personas autorrealizadas tendían a juzgar a la gente y a ser amigables con ella no por la raza, la posición social, la religión u otros rasgos de grupo, sino por ser personas individuales.

12. Un fuerte sentido ético; discriminación entre el bien y el mal. Se descubrió que los sujetos autorrealizados tenían un sentido de la ética sumamente desarrollado. Aunque sus nociones de lo bueno y lo malo no eran por completo convencionales, su conducta siempre se escogía en función de su significado ético.
13. Sentido del humor sin hostilidad. Las personas autorrealizadas tenían un sentido del humor que convertía a las vanidades, pretensiones y tonterías humanas comunes en motivos de risas, y no de sadismo, obscenidad o rebelión contra la autoridad.
14. Creatividad. Las personas autorrealizadas eran creativas e inventivas en ciertas áreas de su existencia, y no seguían las formas convencionales de hacer las cosas o pensar.
15. Resistencia a la presión cultural. Los sujetos autorealizados podían alejarse un tanto del “lavado de cerebro” o del sello de sus culturas, lo cual les permitía adoptar actitudes críticas hacia las inconsistencias e injusticias culturales en su propia sociedad.”

Aunque el individuo promedio de la ciudad de México no necesariamente presenta estas características en su personalidad, sí tiene el potencial para ir desarrollándolas. Sobre este prototipo (ideal para muchos), es que Maslow **asienta su estudio de la trascendencia**. Cabe hacer notar que varias de las características anteriormente citadas, fueron observadas en la personalidad de la facilitadora del grupo de apoyo, como se verá más adelante.

Para que una personalidad pueda pasar de ser normalmente neurótica a ser autorrealizante, requiere, en algún grado, **invertir** la Pirámide de Maslow descrita en el capítulo de pobreza. Esto es, pasa de la determinación ineludible de las necesidades biológicas, como motivadoras de la acción humana, a la autodeterminación de las acciones, basadas en las metanecesidades de autorrealización y trascendencia. No significa que pueda dejar de responder a sus necesidades biológicas pero en una proporción mucho menor a la libertad y responsabilidad que surge del escalón de “Autorrealización y Trascendencia”, como se muestra en esta figura, conocida como “ **Segunda Pirámide de Maslow** (González, 2005, p 77):



3. LOS TREINTA Y CINCO MODOS DE TRASCENDENCIA SEGÚN MASLOW.

Por otro lado, Maslow(2006, p 259-268) investiga y define 35 modos de trascendencia, que citamos textualmente:

1. Trascendencia en el sentido de pérdida de la conciencia del yo, de la autoconciencia y de la autoobservación del tipo de la despersonalización del adolescente es la misma clase de autoolvido que se produce cuando se está absorto, fascinado, concentrado.

2. Trascendencia en el sentido metapsicológico de trascender la propia piel, el propio cuerpo, la propia corriente sanguínea, como una identificación con los valores-S de tal manera que éstos se vuelvan intrínsecos al propio yo.

3. Trascendencia del tiempo. Por ejemplo, repentinamente caer en la sensación de ser un símbolo con un aspecto de eternidad, en lugar de ser sólo un individuo en ese momento y lugar específicos. Es representar el papel de un arquetipo. También entrar en contacto con las ideas o vidas de personas que ya murieron. Igualmente, cuando se trabaja duro por personas o generaciones que aún no han nacido.

4. Trascendencia de la cultura. En un sentido muy específico, el hombre autorrealizante o el hombre autorrealizante trascendente, es el hombre universal. Es un miembro de la especie humana. Tiene sus raíces en una cultura particular, pero crece por encima de esa cultura y puede decirse que es independiente de ella en diversas formas y que la mira desde la altura. Se puede examinar la propia cultura de un modo imparcial y objetivo peculiar. La actitud de uno hacia la propia cultura, de la cual se han aceptado conscientemente ciertos aspectos, es muy diferente de la identificación irreflexiva, ciega, inconsciente y total con ella, en una forma no discriminativa.

5. Trascendencia del propio pasado. Uno puede tener una cognición-S del propio pasado. Esto es, el pasado puede ser abrazado y aceptado por el yo presente. Esto significa aceptación total. Significa perdonar al propio yo porque se le comprende. Significa la trascendencia del remordimiento, del arrepentimiento, de la culpa, de la vergüenza, del compromiso, etc. Es como asumir la responsabilidad del propio pasado, .. (en lugar de verlo como) algo anterior ante lo cual uno estaba inerme.. ante lo cual uno era solamente un ser pasivo y determinado completamente por factores externos. Significa “estarse convirtiendo en un agente activo”.

6. Trascendencia del ego, del yo, del egoísmo, del egocentrismo, cuando respondemos al carácter demandante de las tareas externas, de las causas, deberes y responsabilidades hacia los demás y hacia el mundo de la realidad. Cuando uno está cumpliendo con su deber, en ello puede verse también el aspecto de lo eterno y puede representar una trascendencia del ego, de las necesidades bajas del yo. Esto es en última instancia una forma de metamotivación y de identificación con lo que “exige” ser hecho. Esto es una sensibilidad a la exigencia extrapsíquica; lo que a su vez implica una especie de

actitud taoística. La frase “estar en armonía con la naturaleza” implica esta capacidad de ceder, de ser receptivo, de responder a la realidad extrapsíquica o de vivirla como si uno perteneciera a ella o estuviera en armonía con ella.

7. Trascendencia como experiencia mística. La fusión mística, ya sea con otra persona, con todo el cosmos o con cualquier otra cosa intermediaria.

8. La trascendencia de la muerte, el dolor, la enfermedad, el mal, etc cuando uno está en un nivel lo suficientemente alto como para reconciliarse con la necesidad de la muerte, el dolor etc. Desde un punto de vista divino u olímpico, todo esto es necesario y puede ser comprendido como necesario. Si se alcanza esta actitud, como puede ser alcanzada, por ejemplo en el conocimiento-S, entonces la amargura, la rebelión, la furia, el resentimiento pueden desaparecer o por lo menos disminuir mucho.

9. Trascendencia es aceptar el mundo natural, es dejarlo ser él mismo a la manera taoísta, es la trascendencia de las necesidades inferiores del yo- es decir, de las propias demandas internas egoístas, de los propios juicios egocéntricos por arriba de las cosas extrapsíquicas como peligrosas o no peligrosas, comestibles o no comestibles, útiles o no útiles. Este es el significado último de la frase “percibir el mundo objetivamente”. Este es un aspecto necesario de la cognición-S. La cognición-S implica una trascendencia del propio ego, de las necesidades más bajas, del egoísmo, etc.

10. Trascendencia de la polaridad nosotros-ellos. Trascendencia como el juego suma-cero entre las personas. Esto implica ascender al nivel de la sinergia (de la sinergia interpersonal, de la sinergia de las instituciones sociales o de las culturas).

11. Trascendencia de las necesidades básicas (ya sea satisfaciéndolas de manera que desaparezcan normalmente de la conciencia o siendo capaces de renunciar a la satisfacción y de vencer a las necesidades). Esta es otra forma de decir “volverse principalmente metamotivado”. Implica identificación con los valores-S.

12. El amor-identificación es una forma de trascendencia, por ejemplo, el amor por el hijo o por el amigo amado. Esto significa “no egoísmo”. Esto significa trascendencia del yo egoísta. Implica también un círculo más amplio de identificación, esto es, la identificación con más y más personas aproximándose al límite de la identificación con todos los seres humanos... como el yo cada vez más inclusivo. Aquí el límite es la identificación con la especie humana. También puede expresarse intrapsíquicamente, fenomenológicamente como el experimentar el propio yo como parte de una cadena de hermanos, como perteneciente a la especie humana.

13. Todos los ejemplos de homonomía tipo Angyal, ya sea alta o baja.

14. Bajarse del carrusel. Atravesar el matadero sin ensangrentarse. Permanecer limpio aun en medio de la suciedad. Trascender la propaganda significa estar por encima de ella, no ser afectado por ella, no ser tocado por ella. En ese sentido uno puede trascender todo tipo de esclavitud, servidumbre, etc ... Ser independiente de la maldad, la ignorancia, la

estupidez o la inmadurez de otras personas, aun cuando esté dirigida a uno mismo es posible, aunque muy difícil. En tales situaciones uno puede contemplar la situación total – incluyéndose a sí mismo dentro de la situación- como si uno la estuviera mirando objetivamente, separadamente desde un elevado nivel impersonal o suprapersonal.

15. Trascender las opiniones de los demás, es decir sus juicios. Esto significa un yo autodeterminante. Significa ser capaz de no ser popular, cuando esto es lo correcto; convertirse en un yo autónomo, que toma sus propias decisiones, escribir el propio papel, ser uno mismo, no ser manipulable ni seducible. .. La resistencia a ser etiquetado, la capacidad de ser libre, es decir, de trascender el propio rol, la capacidad de ser una persona en lugar de un rol. Esto incluye la sugestión, la propaganda, las presiones sociales, el ganar la votación, etc.

16. Trascender el superego freudiano y alcanzar el nivel de la conciencia intrínseca y de la culpa intrínseca; del remordimiento, el arrepentimiento y la vergüenza justa y adecuada.

17. Trascendencia de la propia debilidad y dependencia, trascender el ser un niño, convertirse en la propia madre o el propio padre de uno mismo, volverse paternal y no nada más filial, ser capaz de ser fuerte y responsable además de dependiente, trascender la propia debilidad y crecer hasta hacerse fuerte. Puesto que siempre tenemos dentro de nosotros dos de estos aspectos simultáneamente, ésta es realmente una cuestión de grado en gran parte. Sin embargo, de algunos individuos puede decirse que son principalmente débiles y que se relacionan con otros seres humanos principalmente del modo en que el débil se relaciona con el fuerte, y que todos los mecanismos de adaptación, los mecanismos de imitación, los mecanismos de defensa, son las defensas de la debilidad ante la fuerza.

18. Trascender la situación presente en el sentido de Kurt Goldstein “relacionarse con la existencia también en términos de lo posible así como de lo actual”. Esto es, superar la condición de estar atados a los estímulos, a la situación presente y a la actualidad. La reducción a lo concreto de Goldstein puede ser trascendida. Tal vez la frase más adecuada aquí sería, alcanzar el reino de lo posible así como el de lo actual.

19. Trascendencia de las dicotomías (polaridades, oposiciones negro-blanco, esto o lo otro, etc). Elevarse de las dicotomías al todo supraordenado. Trascender el atomismo en favor de la integración jerárquica. Juntar los elementos separados en una integridad. Aquí el último límite es la percepción del cosmos como una unidad. Esta es la trascendencia última, pero cualquier paso dado a lo largo de este camino hacia ese fin último es en sí mismo una trascendencia. Cualquier dicotomía puede ser usada como ejemplo: lo egoísta en oposición a lo no egoísta, padre en oposición al hijo, etc. Todas éstas pueden ser trascendidas de modo que la mutua exclusión, la oposición y la cualidad de juego suma-cero, sean trascendidas en el sentido de elevarse hasta un punto de vista más alto, desde el cual puede verse que estas diferencias mutuamente exclusivas entre los opuestos pueden ser coordinadas en una unidad que sería más realista, más verdadera, más acorde con la auténtica realidad.

20. Trascendencia del domino-D en el dominio-S. Esta se superpone con cualquier otra clase de trascendencia.

21. Trascendencia de la propia voluntad (en favor de un espíritu de “no se haga mi voluntad sino la vuestra”). Ceder ante el propio sino o destino y fundirse con él en sentido Spinoziano o en el sentido taoísta. Abrazar amorosamente el propio destino. Esto es elevarse por encima de la propia voluntad personal, hacerse cargo, tomar el control, necesitar el control, etc.

22. La palabra trascender también significa “rebasar” simplemente en el sentido de ser capaz de hacer más de lo que uno pensaba que podría hacer, o más de lo que uno había hecho en el pasado, es decir, simplemente ser capaz de correr más aprisa que como uno solía correr.. o un mejor carpintero o cualquier otra cosa.

23. Trascendencia también significa volverse divino o semejante a Dios o ir más allá de lo meramente humano. Pero aquí uno tiene que ser cuidadoso para no darle a esta clase de afirmaciones un significado de extrahumano o sobrenatural. Estoy pensando en usar la palabra “metahumano” o “humano-S” para reafirmar el hecho de que este elevarse o volverse divino o semejante a Dios es parte de la naturaleza humana aun cuando no pueda verse como un hecho muy frecuentemente; a pesar de ello es una potencialidad de la naturaleza humana. Elevarse por encima del nacionalismo, patriotismo o etnocentrismo dicotomizado, en el sentido de “ellos” contra “nosotros” o de nosotros-ellos, o del complejo enemistad-amistad de Andrey...Ser un miembro completo de la especie humana no significa repudiar los niveles inferiores; significa, más bien, incluirlos en la integración jerárquica, esto es, el pluralismo cultural, disfrutar las diferencias, disfrutar las diferentes clases de restaurantes, diferentes clases de comida, disfrutar los viajes a otros países, disfrutar el estudio etnológico de otras culturas, etc.

24. Trascendencia puede significar vivir en el dominio del Ser, hablar el lenguaje del Ser, el conocimiento-S, la vida de meseta. Puede significar la serena cognición-S. Después del insight o de la gran conversión o de la gran iluminación, o del grandioso despertar, uno puede serenarse a medida que la novedad desaparece o a medida que uno se acostumbra a las buenas cosas y hasta a las grandes cosas, empieza a vivir relajadamente en el paraíso y a estar en buenos términos con lo eterno y con el infinito... La frase que podría aplicarse aquí para contrastar con el gran insight climático y emocionalmente conmovedor de la cognición-S sería la de cognición tipo meseta. Las experiencias cumbre son transitorias. .. Una persona que ha despertado de esa manera normalmente procede en una forma unitaria o en una forma de conocimiento-S, como si fuera algo cotidiano- siempre que desee hacerlo.

25. El logro de la objetividad taoísta (de niveles-S) trasciende la objetividad no involucrada, neutral, despreocupada, de tipo espectador (la cual a su vez trasciende la falta de objetividad puramente egocéntrica e inmadura).

26. Trascender la división entre hechos y valores. La fusión de los hechos y los valores en la cual ambos se vuelven uno.

27. Una trascendencia de lo negativo (lo cual incluye el mal, el dolor, la muerte, etc pero también incluye algo más) se advierte en los reportes sobre experiencias cumbre en las cuales el mundo es aceptado como bueno y hay una reconciliación con los males que no advierte. Pero esto es también una trascendencia de las inhibiciones, de los bloques, de las negativas, de los rechazos.

28. Trascendencia del espacio. Esta puede darse en el sentido más simple de estar tan absorto en algo que uno se olvida dónde ésta. Pero también puede darse en el sentido mucho más elevado de identificarse con toda la especie humana, de manera que los hermanos del otro lado del mundo se ven como parte de uno mismo de modo que, en cierto sentido uno está al mismo tiempo aquí y al otro lado del mundo.

29. Traslapándose con algunas de las anteriores, está la trascendencia del esfuerzo y de la lucha, del deseo y de la esperanza, de cualquier característica vectorial o intencional...es el sentimiento taoísta de dejar que las cosas ocurran por sí solas en lugar de hacerlas ocurrir, y de ser perfectamente feliz y estar conforme con este estado de ausencia de lucha, de ausencia de deseo, de no interferencia, de ausencia de control y de intención. Esta es la trascendencia de ambición, de la competencia. Es el agradecimiento puro, la gratitud pura, es el estado y la sensación de fortuna, de buena suerte, de gracia, de gracia gratuita. El hecho de encontrarse en un estado-fin implica la trascendencia de los medios en muy diversos sentidos.

30. Especialmente importante para propósitos de investigación, así como para propósitos de terapia, es seleccionar entre las diversas clases de trascendencia, la trascendencia del miedo para alcanzar un estado de ausencia de temor o de valor.

31. También sería útil el uso que hace Bucke de la conciencia cósmica. Este es un estado fenomenológico especial en el que la persona de alguna manera advierte la totalidad del cosmos o, cuando menos, la unidad y la integración de éste y de todo lo que está en él, incluyendo a su yo. Ella se siente entonces como si por derecho al cosmos se vuelve alguien de la familia en lugar de un huérfano.. Según los reportes, el sentido de pertenencia es muy fuerte en contraste con la sensación del ostracismo, de aislamiento, de rechazo con el sentimiento de no tener raíces, de no pertenecer a ningún lugar en particular.

32. Tal vez sea necesario hacer una referencia especial y separarla de la trascendencia en el sentido particular de introyección de los valores-S, y de identificación con ellos, y consecuentemente, con la situación de ser primordialmente motivado por ellos.

33. Se puede incluso trascender las diferencias individuales en un sentido muy específico. La actitud más elevada hacia las diferencias individuales es no sólo estar consciente de ellas y aceptarlas, sino también disfrutarlas y, finalmente, estar profundamente agradecido por su existencia, todas ellas como un hermoso ejemplo de la ingenuidad del cosmos –el reconocer el valor de las diferencias individuales y maravillarse ante ellas. Pero también existe, y es muy diferente de esta gratitud última por las diferencias individuales, otra actitud consistente en elevarse por encima de ellas en el reconocimiento

de la esencia común y de la mutua pertenencia e identificación con toda clase de personas en una humanidad última o pertenencia a la misma especie... Es conveniente aclarar que en ciertos momentos uno puede estar muy consciente de las diferencias entre los individuos, mientras que en algunos otros se les puede hacer a un lado por carecer de importancia relativamente en el momento, en contraste con la humanidad universal y las similitudes entre los individuos.

34. Un tipo particular de trascendencia útil para ciertos propósitos teóricos es la trascendencia de las limitaciones, las imperfecciones, los impedimentos y las restricciones humanas. Esta se logra, ya sea en las agudas experiencias fin de perfección, en las que uno puede ser un fin, un dios, una perfección; en esencia un Ser (y no alguien que está en camino de ser), sagrado, divino. Esta puede considerarse como una trascendencia de la humanidad cotidiana y ordinaria, como una metahumanidad „ Este puede ser un estado fenomenológico real; puede ser una especie de conocimiento; también puede ser el límite concebido de la filosofía o del ideal. En tales momentos agudos, .. puedo amarlo todo, aceptarlo todo, perdonarlo todo.. Puede entender y disfrutar el modo como son las cosas. Y entonces, hasta puede sentir algún equivalente subjetivo de lo que solamente se ha atribuido a los dioses, por ejemplo, la omnisciencia, la omnipotencia, la ubicuidad (es decir, en cierto sentido, uno puede volverse en tales momentos un dios, un sabio, un santo, un místico).

35. Trascendencia del propio credo o sistema de valores o de creencias. Esta merece ser discutida aparte debido a la situación especial que se da en la psicología, en la cual la primera fuerza, la segunda fuerza y la tercera fuerza han sido vistas por muchos como mutuamente exclusivas. Por supuesto, esto es erróneo. La psicología humanista es más inclusiva que exclusiva. Es una ciencia epifreudiana y epipositiva. Por supuesto que el hecho de integrarlos a esta estructura más grande e inclusiva, ciertamente, los cambia de algún modo, los corrige, señala algunos de sus errores pero, incluye sus características, aunque parciales, más esenciales. ..Es decir, uno puede tomar ya sea una actitud dicotómica o una actitud integradora hacia las escuelas de pensamiento.

Probablemente sea Maslow el autor humanista-transpersonal que más profunda y ampliamente intentó definir los sentidos y significados de trascendencia.

¿Cómo se realiza esta Trascendencia que es, además, una potencialidad humana? Recordemos que para Max-Neef, (1998, p 54) la Trascendencia no es considerada todavía como una necesidad para toda la raza humana, por representarle un orden demasiado superior y difícil de realizar en la década de los ochenta. En este capítulo habremos de presentar una matriz donde la **Trascendencia YA es integrada** en este ámbito humano, después de sustentar otros conceptos filosóficos y biológicos que nos permitan detectar la tendencia evolutiva del ser humano, hacia la trascendencia.

4. LOS FUNDAMENTOS DE LA TRASCENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA.

¿Por qué creemos que la evolución humana apunta hacia la necesidad de trascendencia? ¿Cómo es que un ser humano “normal” puede descubrir y/o practicar la trascendencia? ¿cómo se promueve o favorece la trascendencia en las personas y grupos? ¿qué métodos y técnicas pueden utilizarse? ¿es una tarea, un intento, una práctica, un proceso evolutivo “natural”?

Para responder a estas preguntas, requerimos contextualizar este concepto de “Trascendencia”. De hecho, la filosofía, las religiones, la psicología y la biología son campos del conocimiento desde el cual puede abordarse esta noción. En este caso, partiremos desde el ámbito de la **psicología**.

Recordemos que la psicología se divide tradicionalmente en **4 fuerzas** o escuelas:

- 1) Psicoanálisis. Fundada por Freud y desarrollada por Jung, Adler, Reich, Anna Freud, etc.
- 2) Conductismo. Representada por Watson, Skinner y Pavlov.
- 3) Existencial-Humanismo. Establecida por Rogers, Frankl, Perls, Maslow, etc.
- 4) Transpersonal. Creada por Sutich y Maslow. Representada por Wilber, Grof, Watts, Vaughan, Ferguson, Capra, Tart, Ornstein, Ring, Harner. En México, por Carlos de León, Ana María González, Jacobo Grinberg. Mientras que la Psicósíntesis y su autor, Roberto Assagioli, fueron tradicionalmente clasificados en esta escuela, otros los han colocado en una categoría aparte. Por la importancia de su método para lograr la trascendencia, es que lo mencionamos específicamente.

4.1 El aporte de la Psicósíntesis.

Recientemente, algunos seguidores de Roberto Assagioli han denominado al modelo de Psicósíntesis o Psicoenergética, la **quinta fuerza** de la psicología. Citamos textualmente: “Se puede decir que los desarrollos de la psicología de la tercera y cuarta fuerza constituyen las bases y los inicios de nuevas direcciones y dimensiones de la psicología de una quinta fuerza que puede ser llamada “psicoenergética”. (Morales y Mora, 1991, p 41) Mientras que la psicodinamia se ocupa de la interacción entre las funciones psicológicas en sentido específico (emociones, pensamientos, impulsos, voluntad, etc) y es parte de la tercera y cuarta fuerzas, **la Psicoenergética** tiene por objeto la **investigación de todas las fuerzas existentes en el universo y de sus relaciones**, esto es:

1. La energía física, a partir del nivel subatómico hasta el astronómico, galáctico;
2. La energía biológica organizadora de la materia viviente;
3. La energía específicamente psíquica de todas las cualidades y a todos los niveles;
4. La energía espiritual, transpersonal, trascendente.

... Es oportuno reconocer y afirmar que las 5 fuerzas o dimensiones de la psicología no son completamente opuestas una de la otra. No se trata de “escoger” entre ellas. Cada una es válida dentro de su campo o radio de acción definido. Las discusiones y oposiciones

actuales entre los seguidores de las diferentes corrientes son en gran parte artificiales y pretenden negar la validez científica de cada concepción o método distinto del propio. Las 5 grandes corrientes son 5 modos de hacer psicología, 5 perspectivas, 5 encuadres del ser humano desde ángulos diversos.

Assagioli sintetizó perfectamente en su persona y en su trabajo estos 5 criterios. Con esto ha demostrado la posibilidad de una síntesis y la necesidad de que distintas ramas de la psicología obren con un creciente espíritu de cooperación. Al actuar desde las 5 perspectivas, haciéndolas una norma de vida científica, Assagioli se convirtió en pionero de una ciencia psicológica integrada, de una concepción unitaria cuyas numerosas aplicaciones tienden a crear una Psicosisíntesis armónica de individuos, grupos, de la humanidad entera.” (Morales et Mora, 1991, p 48-50).

En cuanto al **método** de conocer la realidad, Psicosisíntesis subraya la necesidad de: “razonar bien, esto es, observar y describir objetivamente los hechos y la experiencia, después pensar de manera precisa sobre su significado, su naturaleza, efectos y usos eventuales.” (Morales y Mora, 1991, p 55). Y cuando Assagioli es cuestionado sobre lo que significa la psicosisíntesis, responde: “lo primero que se me pregunta es en qué consiste la psicosisíntesis y cuál es su diferencia respecto a otras terapias u otras concepciones del ser humano. En primer término se fundamenta en la experiencia, es empírica y existencial en el sentido de que es fruto de mi propia experiencia y de la experiencia de otros. La descripción de resultados no es teoría, es una **relación de experiencias subjetivas**”. (Morales y Mora, 1991, p 57).

Médico psiquiatra que aplicaba el enfoque psicoanalítico, Roberto Assagioli, nacido en Venecia en 1888, evolucionó en su visión filosófica y práctica clínica y como resultado fundó en 1926 el Instituto de Psicosisíntesis en Roma. Su obra principal, llamada “Psicosisíntesis, un nuevo método de curar”, sintetiza sus ideas respecto a la relación psique-cuerpo y presenta los resultados de su creatividad psicoterapéutica, que combina distintos enfoques y técnicas, para la reconstrucción de la personalidad del “enfermo”.

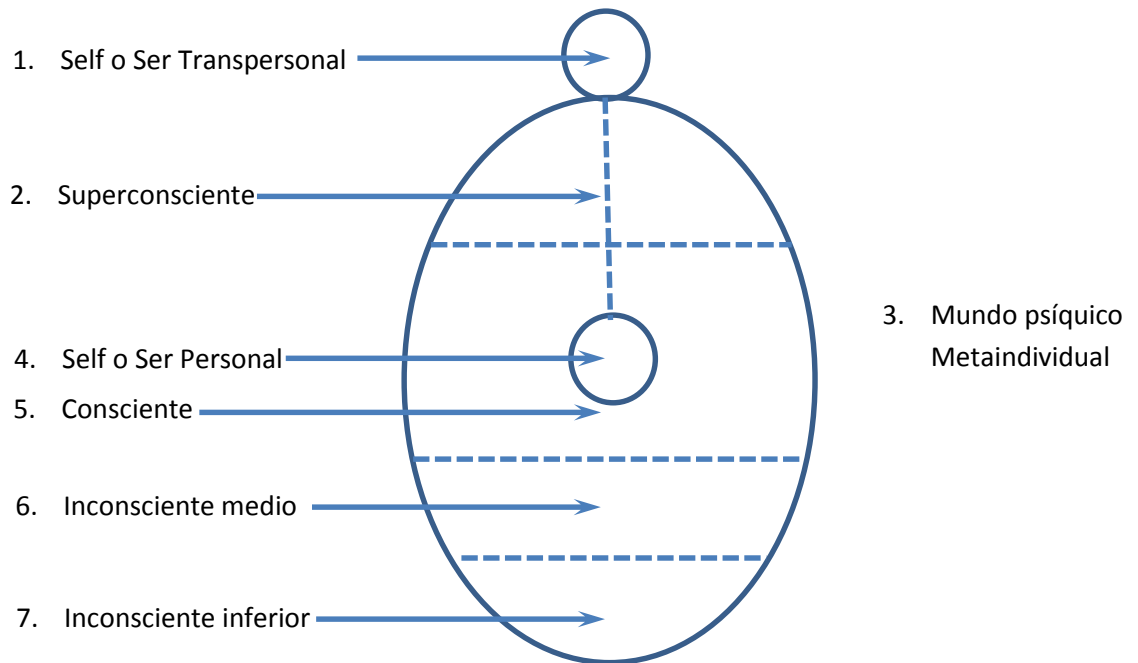
Assagioli basa su esquema en: a) un concepto antropológico-filosófico de la naturaleza humana; b) una estructura de la personalidad; c) una metodología con técnicas y prácticas psicoterapéuticas.

4.1.1. Concepto antropológico-filosófico de la naturaleza humana.

Assagioli cree que el ser humano **tiende** naturalmente al **equilibrio, armonía y síntesis** de distintos aspectos, desde los más simples y materiales hasta los de mayor grado de organización. Esta tendencia es la de la evolución. En este sentido, lo importante para el ser humano es colaborar con esta tendencia intrínseca hacia la autorrealización y trascendencia.

4.1.2. Una estructura de la personalidad.

Assagioli propone este esquema, para entender la consciencia humana y su funcionamiento. (Morales y Mora, 1991, p 64).



Donde:

1. Inconsciente inferior.
2. Inconsciente medio
3. Superconsciente.
4. Campo de consciencia.
5. Ser personal o Self personal.
6. Ser transpersonal o Self transpersonal.
7. Inconsciente colectivo.

1. El inconsciente inferior corresponde al inconsciente freudiano donde se contienen las experiencias reprimidas, funciones biológicas inconscientes, pasado psicológico y experiencias arcaicas (no simbolizadas en la consciencia), y fuente de instintos y tendencias biológicas. Por ejemplo, la experiencia de vida intrauterina, el proceso de nacimiento biológico.

2. El inconsciente medio es el equivalente al preconscious freudiano, que resguarda recuerdos, experiencias y estados mentales que no estando en el consciente, pueden ser fácilmente llevados al consciente (o “recordados”) a través de estímulos como una pregunta,

una asociación libre, un estímulo externo. Por ejemplo, el olor de un perfume me hace recordar a una persona y un evento que tenía olvidado.

3. El superconsciente o también llamado inconsciente superior es el nivel del cual brotan los impulsos y tendencias humanas más evolucionadas como son: la capacidad de sacrificarse por otros, el acto de la voluntad, el amor desapegado e incondicional, el más elevado que conoce la raza humana. Aquí radica también la fuente de la creatividad y de la **TRASCENDENCIA**, del “darse cuenta” espiritual, de búsqueda del sentido de vida.

4. El campo de la consciencia personal. Es el área donde sensaciones, imágenes, pensamientos, emociones, acciones, recuerdos, intuiciones son registrados por la consciencia o sea, por la capacidad del “darse cuenta”. En este campo radica el

5. Self o sí mismo personal, que es el centro de la identidad personal, o centro de consciencia personal. Alrededor de este Self se lleva a cabo la integración de la personalidad. “el Self personal, centro o YO, tiene dos funciones básicas que son: la conscientización (consciousness) y la voluntad. A través de esta función del “darse cuenta” del Self, el individuo toma clara conciencia de lo que sucede en su interior y de lo que sucede fuera de él, percibiendo el mundo exterior sin distorsiones o defensividad. A este proceso Assagioli lo denominó “la actitud interna del observador” (González, 2005, p 83) .

6. El sí mismo o Self Transpersonal (o Yo Transpersonal) es el centro unificador, centro de conciencia, de voluntad y de energía en el que residen los valores más elevados, los valores del ser. Aquí se experimentan los estados místicos, trascendentes, iluminatorios o transpersonales, donde la conciencia puede ir más allá de sus limitaciones perceptuales y conceptuales cotidianas.

7. El campo amplio del llamado “inconsciente colectivo” por Jung, o mundo psíquico metaindividual. Aquí radican fenómenos, contenidos, funciones, realidades de las que el ser humano no es consciente en forma directa. A estos contenidos y funciones puede accederse mediante sueños, símbolos, arquetipos, estereotipos, etc. Y esto implica el funcionamiento del hemisferio cerebral derecho, según veremos.

4.1.3. Una metodología con técnicas y prácticas psicoterapéuticas.

Retomando el objetivo de la Psicosisntesis, Assagioli pretende armonizar o integrar todos los elementos constructivos y todas las funciones del individuo en un “**todo funcional**”. A través del desarrollo del Self personal, se esfuerza por establecer un **punte** entre este Self o **yo personal** y el Self o **yo transpersonal**. Esto significa que el Yo personal va creando una autoimagen o un “autoconcepto” (la idea que una persona tiene de sí misma), y que en la medida en que este **autoconcepto** va enriqueciéndose y transformándose, el individuo va poniendo en contacto al YO personal con el YO transpersonal, “muriendo” a un modo de percibirse para renacer en otro **más completo e integrado**.

Dicho proceso se realiza, según Assagioli, a través de técnicas y **métodos** específicos. Igual que en el existencial-humanismo, afirma que cada ser humano es un individuo único y diferente a

los demás y que, en ese sentido, cada uno tiene necesidades y trabajos específicos para integrarse como ser humano pleno. Para apoyar la autoconstrucción de seres humanos más integrados, responsables y completos, la psicosisíntesis propone un proceso terapéutico o de “toma de conciencia” llamado “**proceso psicosisintético**” que tiene **2 fases** o etapas consecutivas: la personal; y la transpersonal. (González, 2005, p 85).

1. En la **personal**, el objetivo es que el individuo logre un nivel de funcionamiento óptimo y saludable en sus áreas personales de relación, trabajo, etc.

2. En la **transpersonal**, la meta es el desarrollo de actitudes “transpersonales” (o más allá de los límites del sí mismo), como la cooperación, responsabilidad social, altruismo amoroso, sentido de vida, y actuar desde el centro de conciencia más elevado, que significa integrar las distintas funciones, elementos y roles que tenemos, pero sin identificarnos exclusivamente con alguna.

Así Assagioli, en su **técnica de “identificación-desidentificación-integración”**, utiliza un antiquísimo método oriental, que en occidente fue retomado filosóficamente por el método de la dialéctica (utilizado en India, luego en Grecia, posteriormente por Hegel y Marx). De acuerdo con la **dialéctica**, (Marx, 1976, p XXIII) el proceso de ampliación de la conciencia está dividido en 3 fases:

1. Tesis. Es una afirmación. Quien la hace, se identifica con esta afirmación. Si es descriptiva, genera una identidad. Ejemplo: Yo soy una enferma

2. Antítesis. Es negar la primera afirmación. Entonces confronta la afirmación. Explora la otra polaridad. Ejemplo. Yo no soy una enferma. ¿cuándo? ¿de qué manera? ¿cómo no soy una enferma? Esta posibilidad me desidentifica automáticamente de la primera afirmación.

3. Síntesis. Es un resultado nuevo en la percepción y en la conciencia, por el simple hecho de haber puesto en contacto dos opuestos. El resultado en sí mismo, no importa. Puede reafirmar la tesis o reafirmar la antítesis o crear una nueva conclusión. Lo que importa es el movimiento de la conciencia, que se expande para explorar la polaridad y como fruto, genera la integración de una realidad más grande. De aquí se derivan tres posibilidades:

a. En realidad sí soy una enferma. Son pocos los momentos donde no lo soy.

b. Me doy cuenta que más bien no soy una enferma. Generalmente tengo buena salud.

c. Más que ser o no una enferma, me doy cuenta que tengo un problema de salud intermitente.

Lo importante de esta integración tesis-antítesis-síntesis, es que la síntesis de ahora, se convertirá más adelante en la tesis y surgirá otra antítesis que crea una nueva síntesis, en un movimiento permanente. De este modo la **conciencia se expande** a cada momento, en cada nueva percepción.

Assagioli explica cinco etapas en el proceso de **integrar** nuestras dimensiones bio-psico-sociales y espirituales:

1. Reconocimiento. Es descubrir las partes que en principio fueron negadas o no asumidas. Pueden ser roles, máscaras, subpersonalidades, etc. Se le asigna un símbolo o un nombre a lo previamente negado. Por ejemplo: como madre, soy una avestruz escondiendo la cabeza frente a los errores de mis hijos.
2. Aceptación. Es la actitud de permitirnos experimentar la existencia de la parte reconocida, aun cuando la creamos negativa o amenazante.
3. Coordinación. Esta función la realiza el Self o Yo, quien reconoce que esta parte existe en relación con otras partes o áreas de la persona.
4. Integración. Es encontrar la interacción entre esa parte y las demás, observar cómo, aunque parezcan contradictorias, pueden combinarse o poseer un sentido más amplio.
5. Síntesis. Implica que el centro de conciencia o Yo, realice el más elevado proceso de armonización de los distintos elementos.

De tal manera que nos damos cuenta que tenemos un cuerpo (con instintos, impulsos, tendencias, pulsiones, regido por leyes fisiológicas), sentimientos y emociones (“positivos” y “negativos”, “buenos” y “malos”, “cómodos” e “incómodos”, “adecuados” e “inadecuados”, etc); pensamientos (sistemas de creencias, conceptos, valores, imaginación y fantasía); interrelaciones o relaciones con otros (roles o subpersonalidades, actitudes, jerarquías); espíritu (alma, doble y otros vehículos de conciencia, esencia).

Todos estos elementos son armonizados, unificados y desarrollados por este centro de conciencia llamado Self o “Yo”.

Para ayudar al desarrollo de esta conciencia, la psicósíntesis utiliza **técnicas** de distintos enfoques como: imaginación guiada, relajación, Gestalt, autoanálisis, bioenergética, meditación, trabajo con sueños, trabajo simbólico, etc.

Y entre las técnicas propias de la Psicósíntesis, podemos mencionar la escritura de **autobiografía** (como exploración de temas a trabajar, expresión del autoconcepto, percepción del sentido de vida, etc), la **desidentificación** (que la persona aprenda a desapegarse de su cuerpo, sentimientos, pensamientos, interrelaciones, etc); ejercicios de **concentración** y **visualización** (para fortalecer el desarrollo de funciones como imaginación, memoria, atención, etc); trabajo con **símbolos y fantasía guiada** (para favorecer el desarrollo de la conciencia); ejercicios para el desarrollo de la **voluntad** (orientados a fortalecer la responsabilidad). Todas estas técnicas tienen como objetivo final lograr la identificación con el Self Personal, primero, y después con el Self Transpersonal.

Los postulados de Assagioli nos remiten al tema fundamental de la conciencia y para ello resulta indispensable referirnos, en primer lugar, a cuatro teorías que nos explican el funcionamiento cerebral.

4.2 Conciencia y funcionamiento cerebral.

En términos occidentales clásicos, se establece que la conciencia radica primariamente en el cerebro. Esto es parcialmente cierto porque recordemos que el sistema nervioso está dividido en el Sistema Nervioso Central y el Sistema Nervioso Autónomo o Periférico. Esto significa que la conciencia existe en todo el cuerpo físico.

De cualquier manera, podemos establecer que es en el cerebro donde se ubican las posibilidades superiores de conciencia física. Las cuatro teorías a que nos referimos son:

1. Teoría del cerebro triúnico.
2. Teoría dualista o de los dos hemisferios cerebrales.
3. Teoría de las 7 inteligencias
4. Teoría holográfica.

4.2.1. Teoría del cerebro triúnico.

Fue postulada por Paul D. Mac Lean, y hoy es ampliamente aceptada y sostenida por Francois Jacob, Carl Sagan, Henri Laborit, etc. (Languirand, 1993, p 14). Afirma que el cerebro humano está constituido por tres funciones evolutivas anatómica y psicológicamente diferenciadas, que coexisten actualmente. El más antiguo es el llamado “**cerebro de reptil**”. Aquí radican los instintos, pulsiones y compulsiones. Tiene que ver con comportamientos de autoconservación, territorialidad o establecimiento de un territorio, y defensa de ese territorio o propiedad. Posteriormente, al aparecer los mamíferos, surgió el “**cerebro límbico**” o “**amígdala**”, donde se generan emociones como enojo, miedo, vergüenza, alegría, tristeza, la fé como certeza en algunas creencias. Finalmente apareció el “**neocórtex**”, que se ha desarrollado en dos etapas: primero, como un tipo de computadora capaz de razonar, analizar, deducir racionalmente; después, con un funcionamiento altruista donde se producen las conductas más evolucionadas humanamente, como el sacrificio propio en beneficio de otros. De acuerdo con este modelo, por ejemplo, la tendencia paranoide sería motivada por la ruptura entre el neocórtex y los otros dos cerebros. MacLean recomienda que la falta de integración fisiológica entre los tres cerebros se corrija por integración psicológica a través de la introspección. Esta puede realizarse mediante autoanálisis, terapia, meditación u otras técnicas de desarrollo psico-espiritual.

4.2.2. Teoría dualista o de los dos hemisferios cerebrales.

Explica que la corteza cerebral está dividida en dos secciones llamadas hemisferio derecho y hemisferio izquierdo. Estos hemisferios están unidos por el nombrado “cuerpo calloso”, que es un haz de fibras nerviosas. Cada hemisferio se especializa en un modo distinto de procesar la información. Mientras que el izquierdo (que controla la parte derecha del cuerpo) opera en el modo verbal, intelectual y secuencial; el hemisferio derecho (a cargo de la sección izquierda del cuerpo), organiza la información de forma no verbal, alógica, simultánea y espacial.

Otras diferencias entre hemisferios y sus conceptos asociados, se ilustran del siguiente modo:

Hemisferio izquierdo	Hemisferio derecho
pensamiento	Sensación, sentimiento
lineal	No lineal
secuencial	simultáneo
propositivo	apositivo
verbal	espacial
intelectual	intuitivo
causal	acausal
argumento	experiencia
explícito	Implícito o tácito
analítico	Sintético u holístico
lo focal	Lo difuso
tiempo	espacio
razón	intuición
lógico	prelógico
las partes	el todo
ideas	Imagen corporal
masculino	femenino
polaridad positiva	polaridad negativa
día	noche
tiempo-historia	Eterno-atemporal
activo	receptivo
lo creativo: el cielo	lo receptivo: la tierra
yang	ying
animus	anima
luz	obscuridad
seco	húmedo
causal	acausal
consciente	inconsciente
ciencia	arte
lo científico	lo místico, mágico
lo real	la fantasía, los sueños
lo abstracto	lo concreto

En nuestra cultura occidental, tecnológica, racional, se enfatizan las características del hemisferio izquierdo y, consecuentemente, la educación escolarizada le da prioridad al desarrollo intelectual sobre el artístico, corporal y emocional. Por ello, en educación para la salud, en promoción de salud o acciones preventivas sanitarias, la única forma de abordaje es la intelectual. Los programas para salud se basan en dar información a los asistentes. Igualmente, los médicos y demás personal sanitario suponen que educar en salud es dar conferencias, en lenguaje técnico. El resultado es que el público, especialmente con baja escolaridad, no entiende lo que el médico está informando. El médico se siente frustrado por no ser comprendido, y los asistentes se aburren, pierden interés o no se involucran. Entonces, muchos esfuerzos y recursos son desperdiciados. Los pacientes y familiares están desconectados de sus sensaciones corporales, no sienten síntomas, o no pueden describir con precisión sus sensaciones. O peor aún, no son validados por el personal de salud, quien “sabe mejor” que ellos mismos qué les pasa, como si se tratara de un automovilista que

llega al garage a que el técnico le diga qué esta mal en el coche. Así tenemos la pregunta: doctor, ¿qué me pasa?. Ya nada más falta que le pregunte: ¿me puede decir qué siento?

Esto significa que estamos desequilibrados en nuestra “lectura” y asimilación de la realidad interna y externa, a menos que retomemos el desarrollo armónico de los dos hemisferios cerebrales y nos conectemos con la sabiduría de nuestro cuerpo, o sea, sensaciones, emociones así como pensamientos, y observemos nuestras interrelaciones y conexión con áreas sutiles (alma, espíritu).

4.2.3. Teoría de las siete inteligencias.

Derivada del campo de la psicología cognoscitiva, esta teoría postula que la plasticidad funcional del cerebro ha dado lugar a por lo menos siete tipos de inteligencia, cada una de las cuales requiere una instrucción especial y un conjunto diferente de talentos y habilidades. En su libro Estructuras de la Mente , Howard Gardner(1999) profesor del Graduate School of Education de la Universidad de Harvard, explica que los humanos poseemos siete inteligencias relativamente autónomas dentro del cerebro. Estas son: **verbal** (lenguaje); **lógico-matemática**; **cinestésica-corporal** (habilidades de movimiento, como deporte y danza); **musical**; **espacial** (como en las artes visuales); y dos formas de inteligencia personal: **interpersonal** (para relacionarse con los demás) e **intrapersonal** (para relacionarse consigo mismo). Puesto que la mente humana es modular, es posible que los déficits en un modo de inteligencia no se trasladen a otros. Algunos pacientes son incapaces de hablar, pero pueden dibujar, manejar una computadora, bailar o tocar a Bach. Así, mientras que el lenguaje es dominio del hemisferio izquierdo, los centros de la música y las relaciones espaciales residen en el hemisferio derecho. Derivada de esta teoría, la importancia de promover el contacto con el cuerpo, sensaciones y emociones; el desarrollo de habilidades para desarrollar la intuición del alma y el lenguaje de los sueños para que el paciente, familiares y personal de salud puedan decodificar lo que va sucediendo fisiológicamente con los usuarios de instituciones de salud. Vale la pena porque estas acciones pueden ahorrar mucho dinero en gastos en salud, y además pueden promover el desarrollo de la consciencia humana.

4.2.4. Teoría del funcionamiento holográfico.

Por otro lado, y a pesar de lo anteriormente expuesto, puede afirmarse que el cerebro funciona como un “todo” esto es, como un holograma donde **una parte representa el funcionamiento general**. Los últimos estudios en torno al cerebro reconocen que, aunque existen centros del funcionamiento especializados en áreas cerebrales específicas (por ejemplo, el equilibrio), parece que en alguna medida el cerebro es capaz de recuperar ciertas funciones realizándolas en nuevas áreas.

Más específicamente, Sam Keen (1992, p 158-160) se refiere al holograma mente-cerebro de este modo: “la mente es un holograma que registra toda la sinfonía de acontecimientos vibratorios cósmicos. Karl Pribram, Itzhak Bentov y otros están descubriendo que la mente es una red neural que codifica de una manera holográfica toda la información del universo. Lo mismo que cualquier célula del cuerpo codifica toda la información necesaria para reproducir el cuerpo entero, **cualquier mente recapitula asimismo todos los acontecimientos cósmicos**. El cuerpo es un museo vivo de historia natural en donde se recapitula todo el drama de la evolución. Glen Doman,

de los Institutes for the Achievement of Human Potential, ha demostrado, al trabajar con cerebros de niños dañados que, si no nos deslizamos sobre el vientre como las serpientes, ni andamos a cuatro patas como cachorros, resulta que no se desarrollarán correctamente la médula pons y el cerebro central, los llamados cerebros de reptil y mamífero.

¿Cuánto podemos aprender de nosotros mismos? ¿Cuánta información codificada residente en nuestros cuerpos y mentes puede recuperarse y hacerse consciente? ¿Qué podemos saber de los acontecimientos de lejanas galaxias y de la sabiduría animal sintonizando nuestros propios sistemas nerviosos? Lo que llamamos experiencias extrasensoriales o paranormales cabe que no sean más que nuestra inmersión en las dimensiones atemporales que constituyen la estructura holográfica de nuestras mentes. Una vez que se ve que el yo no es solamente un cautivo del mundo fenoménico, que no es un mero prisionero de este tiempo y espacio, de este cuerpo, las posibilidades son infinitas. La aventura del autoconocimiento nos lleva a los bordes de lo desconocido.”

Esta teoría abre la puerta a la investigación de la **conciencia del Yo más allá de este tiempo y espacio**; en otras palabras, la perspectiva tanto transpersonal como psicoenergética, observan al ser humano con un potencial de desarrollo inmenso.

Es **a través de un programa de promoción de la salud** que puede estimularse el **descubrimiento** humano de nuestra **área sagrada**.

4.3 Aspectos de la conciencia: dimensiones, vehículos, estados, niveles y terapias.

De la exposición de estas cuatro teorías anteriores tenemos que, aunque maravilloso, el funcionamiento cerebral actual de los seres humanos tiene todavía mucho por desarrollar y presenta retos de investigación para la ciencia moderna. Sin embargo, el pensamiento oriental e incluso algunas cosmovisiones occidentales antiguas han explorado realidades más complejas respecto a la conciencia.

4.3.1. Dimensiones de la conciencia según Mahamudra.

Además de la conciencia que se deriva del cerebro, distintas corrientes espirituales hablan de otras dimensiones a partir de las cuales, la conciencia se desarrolla.

Así tenemos, en la tradición del Budismo Tibetano de Gang-Popa, las llamadas enseñanzas de “Mahamudra” (De León, 2013, p. 96). Según estas enseñanzas, el universo se manifiesta en tres dimensiones, llamadas “Kayas”:

1. Nirmanakaya o mundo de la forma, donde se manifiesta el cuerpo físico.
2. Sambogokaya o mundo de la energía, donde se manifiesta el cuerpo de vitalidad, o cuerpo etérico.
3. Dharmakaya o mundo de la conciencia, donde se manifiesta la capacidad de conciencia, de darnos cuenta, el espíritu.

Los seres humanos, para estar integrados, requerimos integrar nuestras 3 manifestaciones principales; el problema es que vivimos en un mundo donde pareciera que lo único real es la forma y, consecuentemente, aquello que no es percibido desde esta dimensión, es considerado “no real”. De este modo limitamos nuestra percepción y nuestra investigación “científica”, no importando cuánto de nuestra experiencia filtre “clandestinamente” información de las “otras kayas”.

4.3.2. Vehículos de conciencia según De León.

Tratando de explicar de algún modo estas otras posibilidades de percepción y desarrollo de la conciencia, a través de la integración de filosofías orientales y occidentales, el mexicano Carlos de León, (2003, p 41-95) psicólogo egresado de la Universidad Iberoamericana y doctorado en Medicina Holística en Brantridge Forest School of Sussex. Inglaterra, describe así los distintos vehículos humanos, que todos poseemos:

1. **Cuerpo físico:** sometido a leyes y procesos fisiológicos, estudiado por la biología, física, química, medicina, etc.
2. **Doble etérico o cuerpo de vitalidad, electromagnético o pránico:** puede ser observado a través de la cámara Kirlian. Este cuerpo cubre y penetra todos los órganos del físico y se percibe como una radiancia alrededor del cuerpo físico. A este nivel corresponden los llamados “chakras” o estructuras sutiles, que son objeto de desarrollo de disciplinas como hatha yoga, chi-kung, tai-chi-chuan, etc.
3. **Doble:** es una réplica exacta del cuerpo físico, pero existe en una dimensión más sutil. Actúa en el reino de nuestro inconsciente y se comunica con el físico a través de los sueños; es el lenguaje simbólico que nos proporciona información y enseñanzas.
4. **El Alma:** tiene una forma ovalada que cubre al cuerpo y por eso se llama “huevo aúrico”. Se observa como radiancia de múltiples energías, niveles y colores. Está mantenida al cuerpo físico mediante un hilo o cordón de energía, llamado en algunas tradiciones “el cordón de plata”. A través de la conciencia del alma, se perciben energías o auras, no formas físicas ni materiales.
5. **El Espíritu:** es el vehículo más perfecto y avanzado que tenemos. Aquí radica el nivel más elevado de conciencia y distintas creencias y tradiciones reconocen que el ser humano posee la llamada “chispa divina”, imagen de Dios o conciencia inmortal, perfecta e inmutable.

4.3.3. Estados de conciencia según Krippner y De León.

Involucrada en estas distintas posibilidades de existencia, la conciencia puede transitar por diferentes estados, llamados “estados de conciencia”, cuyas clasificaciones varían, según el autor de que se trate. Mencionamos aquí al menos dos clasificaciones: la de Stanley Krippner, citado por Ana María González (2005, p 336-338) y la de Carlos de León (2003).

1) Estados de conciencia, según Krippner.

Enumera 16 distintos:

1 Vigilia	Donde hay autoconciencia, control, razón, pensamiento lineal y voluntad.
2 Sueño	Se presenta el llamado “movimiento rápido de ojos”.
3 Dormir	Existen estados profundos de dormir, donde no hay “movimiento rápido de ojos”.
4 Estado hipnagógico	Se observa entre la vigilia y el sueño.
5 Estado hipnopómpico	Se encuentra entre estar dormido y despertar.
6 Hiperalerta	Hay tensión y estado de atención acrecentada, listo el cuerpo para actuar.
7 Letárgico	Se observa laxitud y actividad deprimida en el organismo.
8 Rapto, éxtasis	Donde los sentimientos y emociones son muy intensos, placenteros y positivos. Alcanzados mediante ritos, danzas, actividades religiosas, estimulación sexual y/o alucinógenos. O por actos de privación (no comer, dormir, beber).
9 Histéricos	Como el pánico, ansiedad psicótica, etc.
10 Fragmentación o disociación	Resultantes de traumas físicos o psicológicos, drogas o enfermedades.
11 Regresivos	Donde la persona vuelve a manifestarse como lo hacía en etapas psicológicas ya superadas.
12 Meditativos	Existencia de ondas alfa, alteran algunos signos corporales como presión arterial, ritmo cardíaco y respiratorio, etc.
13 Trance	No presentan ondas alfa continuas, la atención se concentra en solamente un estímulo, alta sugestionabilidad y los estímulos pueden ser música, voz, cánticos, visualización, fijar la mirada en un objeto o movimiento, danza, etc.
14 Soñar despierto o fantasear	Asiento de la creatividad, puede ser también utilizado como evasión de la cotidianidad.
15 Hipnóticos	Producidos artificialmente por drogas, alcohol, anestésicos, agentes tóxicos, traumas físicos, enfermedades, concentración, sugestionabilidad y relajación.
16 Relajación	Asociado a estados de laxitud corporal, pero la conciencia está alerta.
17 Conciencia expandida	Generada por prácticas sexuales, de meditación o contemplación, hipnosis, alucinógenos o sustancias tóxicas. Pueden también surgir espontáneamente y provocan las llamadas “experiencias cumbre” y/o transpersonales.

2) Estados de conciencia, según Carlos **de León** (2003, p 92-93).

De León clasifica 24 estados, divididos en 2 rubros:

- Normales: vigilia, sueño profundo y soñar.
- Alterados: iluminatorios (o de mayor integración) y patológicos (o de disociación).

Los 24 estados son:

1 concentración activa	2 concentración pasiva	3 inspiración
4 vigilia activa	5 vigilia pasiva	6 vigilia en relajación
7 sueño crepuscular	8 estado de visualización	9 soñar
10 salto o salida de la realidad cotidiana	11 observación de planos existenciales	12 creación de planos existenciales
13 relajación ligera	14 relajación profunda	15 sonambulismo hipnótico
16 observación dual físico-doble	17 observación del alma	18 observación del espíritu
19 dormir ligero	20 dormir profundo	21 anestesia
22 contemplación	23 espacio negro	24 meditación y éxtasis

Algunos de estos estados de conciencia pueden ser asociados claramente a determinado rango de frecuencias ondulatorios del cerebro. Cuando la frecuencia de una persona es registrada mediante el electroencefalograma, pueden clasificarse los rangos en cuatro grupos:

Grupo	ondas por segundo o Hertz
Ondas beta	14-50
Ondas alfa	6-13 u 8-15 según clasificación
Ondas theta	5-6 o 4-8
Ondas delta	2-4 o menos de 4

En un sentido general, las ondas beta corresponden al estado de vigilia. Las alfa aparecen en cuanto cerramos los ojos, excepto cuando estamos soñando. Las theta aparecen en algunos meditadores con gran práctica y en sueño profundo, estados de anestesia, de trance o contemplación. Finalmente, las ondas delta aparecen en estados de trauma o coma profundo, o en experiencias cercanas a la muerte así como en muy avanzados practicantes de meditación. Algunos meditadores llegan a mostrar frecuencias cerebrales de cero ondas durante algunos minutos; en términos fisiológicos normales, esto implica muerte cerebral. Tal hecho nos muestra y demuestra las sorprendentes posibilidades en el manejo de la conciencia, a través de prácticas tradicionalmente atribuidas a caminos de desarrollo espiritual.

Algunas intervenciones terapéuticas o en manejo de grupos, pueden generar estados alterados de conciencia y la presencia de frecuencias cerebrales distintas a las beta. Esto es útil para

que la conciencia de los participantes se expanda y puedan evocar experiencias específicas y resolverlas o integrarlas.

4.3.4. Niveles de conciencia y terapias respectivas, según Wilber.

Es indispensable, si queremos desarrollar una posibilidad de trascendencia, favorecer la transición de un Yo o ego personal a uno Transpersonal. Para ello podemos realizar procesos de integración cada vez más amplios, que nos permitan acceder a niveles de conciencia superiores.

Y en esta perspectiva **Ken Wilber**, (1988, p 22-29) uno de los más significativos representantes de la psicología transpersonal, genera un “mapa” que explica la transición de la conciencia por ámbitos cada vez más expandidos. Wilber distingue estos cinco **niveles de conciencia**, de menor a mayor complejidad:

1º. Nivel de la persona. El individuo se identifica con facetas de la propia mente o psique (máscaras, subpersonalidades, roles, etc) y se resiste, niega o bloquea su propia “sombra”. Hay una división entre los aspectos conscientes e inconscientes de la mente. Para ayudar a integrar esta dualidad, las terapias recomendadas son counseling y terapia de apoyo, psicoanálisis, psicodrama, análisis transaccional, terapia de realidad y psicología del ego.

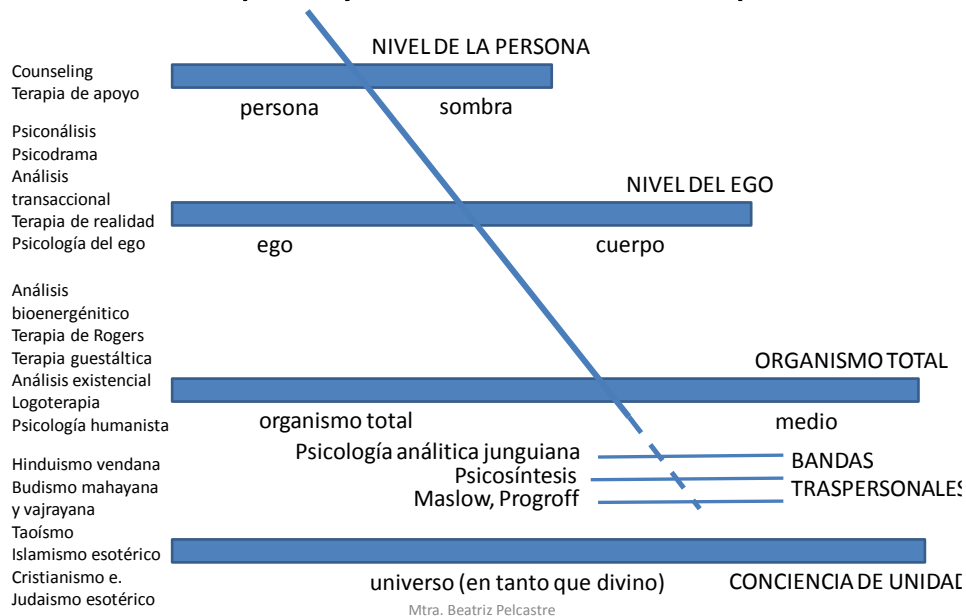
2º. Nivel del ego. La identificación es ahora con una autoimagen más exacta (persona+sombra) y aceptable, pero la división está ahora puesta entre el ego y el organismo total; es decir, la psique enfrenta al “soma” o cuerpo como un ser ajeno. Las terapias sugeridas son: análisis bioenergético, terapia de Rogers, guesáltica, análisis existencial, logoterapia y psicología humanista, hatha yoga, etc.

3º. Nivel del centauro. (animal legendario mitad hombre y mitad caballo). Identidad con la totalidad del organismo (mente-cuerpo-emociones). Resistencia a la trascendencia y unidad con el medio externo. Los enfoques terapéuticos varían desde psicosisíntesis, análisis junguiano, prácticas de yoga, técnicas de meditación trascendental, Maslow, Tart, Da Free John, Grof, Vaughan, etc.

4º. Nivel de las bandas transpersonales. La identificación es, en distintos grados, con el Yo transpersonal o Ser trascendente. Se presenta resistencia a la conciencia de unidad. No son propiamente terapias, sino caminos de desarrollo espiritual los recomendados. Ejemplo: Hinduismo Vedanta, Budismo Mahayana o Vajrayana, Judaísmo, Cristianismo e Islamismo esotéricos y Taoísmo.

5º. Nivel de la conciencia de unidad. Se rompen las identificaciones fragmentarias. Identidad con el cosmos y el Absoluto. “Mi padre y yo somos Uno”.

Las terapias y los niveles del espectro.



En general, ésta es la tendencia natural del proceso de desarrollo de la conciencia. Esto significa que todos los seres humanos tenemos el potencial para llegar al más elevado nivel de conciencia. Y esto explica el porqué tenemos las necesidades de trascendencia, liberación y transmutación, que nos impulsan a buscar caminos y opciones de desarrollo. El que muchas personas no hayan tenido la oportunidad o la elección de responsabilizarse por este ámbito humano, no significa que no nos pertenezca esencialmente.

4.3.5. Niveles de la conciencia, según De León.

En otro esquema, Carlos **De León** (2003, p 26-30) clasifica en 7 los **niveles de conciencia** humanos, del siguiente modo:

1. La persona percibe la realidad a partir de opuestos excluyentes. Por ejemplo, algo es o blanco o negro, bueno o malo, etc. El tiempo se percibe como sucesión lineal de eventos. Se cree en una ley autoritaria que rige el comportamiento o debiera regirlo, igual para todos.
2. El individuo posee una inteligencia profesional que le permite ser productivo y creativo. Ya puede procesar opuestos, a través de la dialéctica. Su conducta se rige por leyes funcionales aunque a veces vayan en contra del contexto social. Percibe el tiempo de forma lineal y observa cómo sus emociones (ansiedad, miedo, culpa) sostienen máscaras.

3. Su inteligencia es superior a la normal, lo que le permite ejercer un liderazgo y tener clara percepción de la vida cotidiana. Puede captar la síntesis al mismo tiempo que la tesis y antítesis de la dialéctica. Observa realidades sutiles o inconscientes en sí mismo y en otros. El concepto de justicia cambia. Se observa el tiempo en forma circular (pasado, presente, futuro se repiten) o cíclica. Descubre el origen de su neurosis.
4. Su nivel de energía es suficiente para percibir y experimentar realidades sutiles como el alma y el espíritu. Desarrolla intuición superior, que correlaciona, deduce y sintetiza varias conclusiones simultáneamente. El tiempo se vive como una espiral, cuyos ciclos van evolucionando. Su ética está basada en una justicia superior, donde cabe el perdón. Puede “desapegarse” de su ego, trascendiéndolo y puede recuperar memorias pasadas.
5. Experimenta la Gracia Divina y el amor cósmico. Intenta lograr el perdón o restitución plena a través del amor divino. Vive en el aquí y ahora pleno. Se observa el amor divino en forma desapegada.
6. Observa la realidad sin deformaciones y sin juicios, sin pensamientos. Se experimenta el aquí y ahora casi todo el tiempo. Aunque existen todavía realidades no integradas de su propio ser, o de la realidad externa, ya no requiere perdonar o ser perdonado porque no odia.
7. Su vida cotidiana se basa en la trascendencia, a través del amor. Logra la unión entre la realidad externa e interna. Su conciencia es un aquí y ahora en espiral, eterno, donde se integra la creación y lo divino. Su libertad puede elegir crecer hacia el amor o hacia el opuesto.

5. NUEVA MATRIZ DE NECESIDADES DE PELCASTRE.

Considerando estas opciones de desarrollo de la consciencia humana, podemos plantear una nueva matriz de necesidades, **contradiendo** las observaciones de **Max-Neef** que no consideraba las **necesidades de trascendencia ni de liberación**, como generalizables a la población. Pareciera que de 1998 a la fecha, los humanos, especialmente las generaciones jóvenes, presentan inquietudes y búsquedas de trascendencia más allá de las religiones establecidas. **El anhelo o la necesidad de espiritualidad toma distintos modos y manifestaciones.** Pero la carencia de satisfacción de estas necesidades, está en el origen de crisis existenciales, respuestas autodestructivas, movimientos de alienación, falta de sentido. Por el contrario, la apertura de opciones en este rubro, genera creatividad, gozo, expansión.

Aquí la matriz propuesta por la autora, integrando propuestas de González y De León, y basada en la primera matriz de Max-Neef.

	SER	TENER	HACER	ESTAR
Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo, bebida. Aire, descanso, espacios de recreación	Respirar, conservar la temperatura, alimentarse, nutrirse, hidratarse, desechar toxinas (orinar, defecar, sudar), dormir, descansar, relajarse, moverse, regenerarse, defenderse de las agresiones (sistema inmunológico), autoproducirse, mantener equilibrio biológico, descargar tensión sexual, crecer, procrear.	Entorno vital, entorno social.
Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor,	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar, descargar emociones, asumir emociones, dar y recibir, buscar sentido, buscar significado	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad, identidad verbal, coherencia interhemisférica, intuición, logros intelectuales, conocimiento de la realidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
Participación	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor Diálogo, pertenencia,	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo Derechos del ser, derechos como pacientes, derechos como	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias

	integración social, comunicación, compromiso, armonía, justicia	médicos y personal de salud, responsabilidad es como usuarios, médicos, personal de salud.		
Ocio	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad, identidad emocional, consigo mismo y con el cosmos	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
Libertad	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal
Trascendencia	Amor, bien, bondad, belleza, verdad, justicia, compasión, liberación, coherencia, empatía, congruencia,	Voluntad, entrega, renuncia	Asumir, aceptar perdonar, renunciar, sobrecargar, observar, permitir, integrar, meditar, contemplar	Estados alterados de conciencia, niveles superiores de conciencia, percepción de distintos

	dialéctica, servicio			vehículos de conciencia
Liberación	Búsqueda, fusión, perfección, totalidad, unión, realidad última, divinidad, amor, gozo, plenitud más allá del sufrimiento y limitación		Compartir, enseñar, amar	En donde sea y como sea

6. LOS EFECTOS DE LA TRASCENDENCIA SEGÚN GRINBERG.

Finalmente, un científico mexicano muy brillante, el neurofisiólogo Jacobo Grinberg Zylberbaum, (1942-1994) demostró fehacientemente el poder de la conciencia de unidad. En su obra Psicofisiología del poder, (1988, p 40-44) concluyó, como producto de sus investigaciones con el electroencefalógrafo que:

1. El verdadero poder es el de la conciencia.
2. Mientras más próximo permanece un ser, a la conciencia de unidad, mayor es su poder.
3. Esto implica que haya rendido su voluntad a una voluntad transpersonal que es más elevada, onniabarcante, más allá de su ego personal.
4. Entonces encarna una especie de ideal humano de perfección, que es a donde tiende la evolución humana, o por lo menos la aspiración humana. En términos junguianos, sería la encarnación del arquetipo del superhéroe o superhombre.

El doctor Grinberg, quien desarrolló la mayor parte de su investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México, fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para estudiar el funcionamiento cerebral de diversos chamanes mexicanos, in situ. Grinberg (1987) recorrió selvas, montañas, comunidades indígenas midiendo las ondas cerebrales de los chamanes, cuando estaban en trances chamánicos. Como resultado de su investigación, escribió siete volúmenes titulados “Los chamanes de México”.

Y concluyó que en ellos se presentaba una onda cerebral especialmente configurada, que el doctor denominó “**la onda L**”, no observada en los seres humanos comunes. Por ello es posible creer que, más allá de la autosugestión, del efecto placebo o de las creencias fanáticas, ignorantes o inducidas, los chamanes tienen un poder desarrollado o inherente, que demuestra el poder de la conciencia sobre la psique y el cuerpo de otros, ya sea para sanar o lo contrario. Pero también pueden potencialmente alterar ciertas condiciones sobre el ambiente, incluyendo plantas y animales. Por supuesto, sus conclusiones fueron rebatidas y ridiculizadas sistemáticamente por el ambiente científico convencional, que no poseía la apertura suficiente para revisar los planteamientos básicos de la construcción de la realidad.

Precisamente en una de sus últimas obras publicadas, llamada La creación de la experiencia, Grinberg (1990, p 100, 124, 125) detalló uno de sus clásicos experimentos, básico en la comprensión de su teoría. Este **experimento** consistía en tres partes:

1) colocar a un individuo adulto, escolarizado, normal, en una cámara de Faraday (cámara construida especialmente para evitar la conductividad electromagnética al exterior, y revestida de asbesto y plomo). A este individuo le conectaban electrodos para monitorear su actividad cerebral en el electroencefalógrafo. Sus electroencefalogramas mostraban gráficas muy desiguales entre la actividad del hemisferio derecho y el izquierdo. Grinberg ideó una medida de comparación entre la actividad de uno y otro hemisferio. La llamó "índice de coherencia interhemisférica". Mientras más parecidos, más elevado el índice. Observó que en un individuo "normal" o "promedio", los índices son bajos, esto quiere decir que las gráficas no se parecen, porque cada hemisferio funciona de modo particular, no articulada ni armónicamente. Por ejemplo, un individuo se especializa en procesos lógicos y no integra los intuitivos; o es básicamente sensorial pero no muy racional; o carece de inteligencia emocional; o su psicomotricidad está poco refinada en relación a la razón, etc.

2) En sus experimentos, invitó a un gran meditador a ser medido dentro de la cámara de Faraday. Curiosamente observó que la práctica sistemática de la meditación por muchos años, permitía al individuo mostrar indicios de actividad cerebral de muy baja frecuencia, casi en el rango de la frecuencia delta es decir, donde prácticamente paraba los pensamientos. En términos fisiológicos, esta frecuencia se presenta en individuos sometidos a anestesia general, o en estados cercanos a la muerte cerebral. Lo sobresaliente es que no sólo presentaba estas posibilidades, sino que su índice de coherencia interhemisférica era muy elevada (las gráficas de ambos hemisferios eran idénticas o sumamente parecidas).

3) Después de repetidas ocasiones en que los dos sujetos de investigación (el normal y el gran meditador) eran monitoreados, con los resultados ya mencionados, otro día introducía al sujeto normal en su cámara de Faraday. Como de costumbre, su índice de coherencia interhemisférica era bajo. En otra cámara de Faraday introducía al gran meditador, quien continuaba presentando índices de coherencia interhemisférica altos. Sin que ninguno de los sujetos de investigación supiera de la presencia del otro individuo, y por supuesto, sin que fuera posible la conductividad electromagnética entre ambos, después de un lapso aproximado de 20 minutos, el índice de coherencia interhemisférica del primer sujeto (el normal) se elevaba y el del segundo (gran meditador) se reducía, como si estuvieran promediándose.

La **conclusión** de Grinberg es que el superior desarrollo de conciencia de un individuo influye positivamente en conciencias menos desarrolladas, con su sola presencia. Ni siquiera es necesario hablar o interactuar expresamente con otros, para beneficiarlos a través de configuraciones más ordenadas. Por ello, es necesario un trabajo personal constante para mejorar nuestro entorno. No tenemos que ser notados. Y finalmente el compromiso individual para desarrollar y armonizar nuestra conciencia, parece la llave para la evolución no sólo humana, sino planetaria y/o cósmica. Esto implica una responsabilidad de grandes alcances, que silenciosamente altera posibilidades infinitas.

De aquí que la **trascendencia y la liberación**, como necesidades y funciones humanas, poseen un **carácter universal**. Sin embargo, la conciencia, como si se tratara de un músculo, necesita ser ejercitada.

7. UN MÉTODO PARA LA TRASCENDENCIA, SEGÚN GRINBERG.

Jacobo Grinberg (1987, p 78-81) propone un modo de meditación, que él llamó **“autoalusiva”**, para ejercitar la conciencia. El retomó el sistema de meditación Anapana, Vipassana, Mahamudra y Dzogchen, que explicamos en 16 pasos:

- 1)** Es necesario sentarse cómodamente en un lugar tranquilo, ventilado y sin insectos, con los ojos cerrados y la espalda derecha.
- 2)** La atención se fija en la entrada y salida de aire en los pulmones. La respiración es rítmica, pausada y tranquila. Cuando ya no hay distracción, la atención se eleva a la parte superior de la cabeza (esto es “Anapana”) y desde ahí:
- 3)** Se recorre el cuerpo en todas sus sensaciones (Vipassana). Los pensamientos que surgen no se les repime; se les observa con placidez, ecuanimidad y sin identificarse con ellos. Luego, al inspirar se recorre el cuerpo de pies a cabeza y al sacar aire se recorre en sentido inverso. Esto se hace hasta que se sienta el cuerpo como una unidad.
- 4)** Ahora a esta unidad se añade la contemplación simultánea del proceso respiratorio hasta que el cuerpo y respiración forman una unidad de observación.
- 5)** La atención se dirige hacia la mente observando sus contenidos sin identificarse con ellos (Mahamudra). Se contempla cómo se originan, desarrollan y desvanecen en el “espejo luminoso de la mente”.
- 6)** Se añade a la observación de la mente, la del cuerpo unificado y la de la respiración, como una unidad.
- 7)** La atención se focaliza a las emociones; luego descubriendo los cambios corporales que originan. La actitud es con ecuanimidad, que significa sin juzgar, analizar o calificar.
- 8)** Se observan las emociones y cambios corporales, la mente y sus pensamientos, el cuerpo y la respiración como una unidad. A esta observación de la unidad de todos los componentes de la experiencia susceptibles de ser contemplados, se le denomina “observación de la totalidad de uno mismo en el presente”. Esta es la meditación autoalusiva. Esta observación no es de la totalidad del universo, sino únicamente de la que es posible observar en unificación con el yo.
- 9)** Ahora se observa la resultante de la unión de todos los elementos de uno mismo en la sensación de mismidad o del yo.
- 10)** Esta meditación se fortalece al practicarla durante la vida cotidiana, incorporando los elementos sensoriales, visuales y auditivos.
- 11)** Esto acerca al meditador a la observación de la realidad, la cual es el objetivo y meta de esta meditación
- 12)** La meditación autoalusiva jala la atención a su estado de desarrollo futuro que es el contacto con la Realidad omnipresente, omniabarcante y omnisapiente que es el Observador, el Ser.

- 13) La técnica lleva entonces a la observación del Estado característico desde una perspectiva libre de identificaciones; desde una postura trascendente y simultáneamente neutra.
- 14) En la física contemporánea se sabe que el Observador participa y modifica sus objetos de observación. El sujeto que observa la totalidad de sí mismo en el presente transforma esta totalidad, porque incorpora en ella su autoalusión. Cada vez que se autoalude, se modifica sin límite.
- 15) Por lo tanto, la meditación autoalusiva permanente y sin límite es la capacidad de observar la totalidad de uno mismo en todo instante, sin identificaciones con cualquiera de sus contenidos, manteniendo y recordando la Realidad.
- 16) El Observador se mantiene puro, intocado y totalmente autosuficiente en su capacidad de Observador. Observar dejándose fluir implica la capacidad de mantener la guía del desarrollo sin represiones ni escapismos.

En el procedimiento que los participantes (pacientes, familiares) siguen dentro del Programa, **las facilitadoras promueven** el despertar del Observador, en cada sesión.

Por otro lado, los experimentos de Grinberg nos explican cómo la presencia empática y permanente de las facilitadoras durante 16 años, van favoreciendo el desarrollo de conciencia de los asistentes, hacia **la trascendencia**.

CAPITULO VI.

CALIDAD DE VIDA .

-¿sabes qué es calidad de vida?

-¡que ya no me duelan los huesos!

Diálogo. Caso 16.

1. UN CAMPO INTERDISCIPLINARIO Y UN CONCEPTO MULTIFACTORIAL.

La simple referencia al concepto “Calidad de Vida” nos lleva a cuestionarnos : ¿Qué es una buena vida, o calidad de vida? ¿una vida con riqueza material, seguridad, salud, vida social, educación, recreación, afecto, poder, bondad? . De principio, una buena vida es una vida con calidad. Calidad de vida.

¿Cómo definimos calidad de vida? ¿Qué factores están involucrados para reconocerla? ¿Quién decide los indicadores de calidad de vida? ¿Qué aportan los distintos campos del conocimiento al tema de calidad de vida? ¿Qué problemas disciplinarios, metodológicos, técnicos involucra?

El concepto calidad de vida, ha sido usado y debatido por distintas disciplinas como la economía, la filosofía, la psicología, sociología, antropología, medicina, entre otras. Por ello nos refiere a la Transdisciplinariedad; distintas visiones pueden ser integradas en este concepto. Y por otro lado, observamos que hay múltiples factores a considerar en la calidad de vida.

Calidad de vida desde la perspectiva de la **economía**.

Iniciamos esta revisión desde la perspectiva económica, por la repercusión que el tema tiene para las agencias internacionales (ONU, OIT, BID, etc) que pretenden regir el desarrollo económico y social de los países.

Tradicionalmente, para la economía los temas importantes tenían que ver con nociones como la producción en una sociedad, el consumo de bienes (oferta y demanda), las condiciones del intercambio (o mercado), costos y precios, etc. Si en algún momento esta disciplina se cuestionó otras temáticas, tenían que ver con las mismas nociones de la producción. Así tenemos que, por ejemplo, el término “capital humano” “considera todas aquéllas destrezas, habilidades, conocimientos, experiencias, etc, que son susceptibles de acumularse y que aumentan la productividad de un individuo. La acumulación ocurre a través de la inversión de tiempo y de recursos monetarios.. tanto el nivel de educación como EL ESTADO DE SALUD son formas de capital humano, ya que mayores niveles de estos indicadores hacen a un individuo más productivo”. (García-Verdú, 2006, p 150.)

Contrastando con esta visión utilitarista del ser humano y dentro del mismo ámbito de la economía, uno de los autores premiados con el Nobel 1998 , Amartya Sen (1998) introdujo la

polémica sobre calidad de vida, con la siguiente afirmación: “el desarrollo económico es tanto el proceso de ampliación de las alternativas que tienen los individuos como la elevación del bienestar alcanzado.” Esta perspectiva era totalmente impensable en los postulados económicos clásicos.

Por ejemplo, ya dentro de la llamada “Economía del Bienestar”, la pregunta es si el crecimiento económico y la industrialización generan realmente un mayor bienestar, una mayor calidad de vida para la población regional, nacional, mundial. La observación crítica es que por sí misma la producción y el crecimiento económico, no necesariamente provocan mayor bienestar social. El “cómo” una sociedad distribuye los frutos del desarrollo económico; el “cómo” un individuo elige el consumo de su ingreso; los valores éticos que están detrás de sus preferencias; los campos del Ser, Tener, Hacer, Estar; los criterios políticos para invertir los recursos públicos entre los distintos sectores económicos y clases sociales; las decisiones bioéticas en medicina, etc son cuestiones que provocan polémica no sólo al interior de las corrientes económicas, sino en el campo interdisciplinario donde distintas perspectivas cuestionan, por ejemplo, si es válido medir la utilidad -satisfacción o felicidad- cuando lo que nos interesa es evaluar la calidad de las vidas humanas. (Jayawardena, 1990, p 7).

Desde la temática de “Calidad de vida”, el problema central para las distintas disciplinas es ¿cómo mejorar la calidad de vida? Para delimitar un campo común es necesario ir resolviendo otras cuestiones importantes como: ¿Cómo definimos calidad de vida? ¿Qué factores están involucrados para reconocerla? ¿Qué aspectos son prioritarios? ¿Quién decide los indicadores de la calidad de vida? ¿cómo medimos esos indicadores?

Algunos notables pensadores dentro de la economía, revolucionaron el pensamiento contemporáneo al enumerar algunos **indicadores** sobre la prosperidad y calidad de vida en sociedades humanas: “.. necesitaremos saber no sólo del dinero que tienen o carecen, sino también qué tan capaces son de conducir sus vidas. Con seguridad, debemos saber acerca de su expectativa de vida...(piénsese en los mineros.. quienes evitaban que sus familias pasaran hambre y necesidades, pero morían prematuramente). Necesitamos saber **de su salud y de los servicios médicos**, conocer su educación -y no sólo de la disponibilidad de ésta, sino de su naturaleza y calidad ... Es necesario saber acerca del trabajo, si es satisfactorio o tediosamente monótono, si los trabajadores disfrutaban de alguna medida de dignidad y control y si las relaciones entre los patronos y la mano de obra es humana o denigrante. Es necesario saber qué privilegios legales y políticos disfrutaban los ciudadanos, qué libertades tienen para conducir sus relaciones sociales y personales. Es necesario saber cómo están estructuradas las relaciones familiares y las relaciones entre los géneros, y la forma en que estas estructuras promueven o dificultan otros aspectos de la actividad humana. Sobre todo, se requiere saber la forma en que la sociedad de que se trata permite a las personas imaginar, maravillarse, sentir emociones como el amor y la gratitud, que presuponen que la vida es más que un conjunto de relaciones comerciales, y que el ser humano -a diferencia de las máquinas de vapor..- es un “misterio insondable”, que no puede expresarse completamente en una “forma tabular”. En resumen.. parece que requerimos una descripción rica y compleja de lo que las personas pueden hacer y ser -descripción que puede estar más fácilmente disponible para el lector de la novela de Dickens que para quienes restringen su lectura a los limitados documentos financieros y técnicos que preferían los profesores...”(Nussbaum y Sen, 1998, p 15-16.)

Amartya Sen, aportó una **visión humanista** a los enfoques previos que dentro de la llamada “ciencia dura”, se habían manejado respecto al bienestar humano o “progreso”. Una de sus más importantes conceptos es el llamado “enfoque de capacidades”. Al respecto afirma:

“es posible considerar la vida que lleva una persona como una combinación de varios quehaceres y seres, a los que genéricamente se les puede llamar funcionamientos. Estos varían desde aspectos tan elementales como el estar bien nutrido y libre de enfermedades, hasta quehaceres y seres más complejos, como el respeto propio, la preservación de la dignidad humana, tomar parte en la vida de la comunidad y otros. La capacidad de una persona se refiere a las combinaciones alternativas de funcionamientos, entre cada una de las cuales (esto es, de combinaciones) una persona puede elegir la que tendrá. En este sentido, la capacidad de una persona corresponde a la libertad que tiene para llevar una determinada clase de vida”. (Nussbaum et Sen, 1998, p 18).

En estas declaraciones observamos propuestas mucho más allá de los criterios económicos tradicionales como producto interno bruto, (PIB), producto interno bruto per cápita (PPC), Tasa de desempleo, tasa de inflación, etc hasta llegar a elementos del mundo subjetivo, psicológico o incluso del alma o espíritu humano. Esta propuesta toca la frontera entre el mundo de la economía y el filosófico e incluso religioso. Nussbaum y Sen abren la discusión también al **relativismo cultural** (cómo lo que consideramos calidad de vida en una sociedad árabe puede no serlo en una nórdica; cómo en una sociedad menonita pueden existir criterios de calidad de vida que no coinciden con la tarahumara, u ortodoxa judía , etc) ; y al colonialismo o imposición cultural (de un país a otro o de una clase social a otra); asimismo, dichos autores compilan las aportaciones sobre calidad de vida en el área de los cuidados de salud, (Brock, 1998) donde médicos, filósofos, y otros profesionistas buscan la mejor forma de evaluar la **calidad de vida de los pacientes**, recurriendo a una lista de capacidades funcionales.

2. DEFINICIONES DEL CONCEPTO “CALIDAD DE VIDA”.

En esta convergencia histórica interdisciplinar, desde el ámbito de las ciencias de la salud, específicamente la medicina y psicología, por “calidad de vida”, se han comprendido distintos significados, que se han ido expandiendo (Moreno y Ximénez, 1996) y que especificaremos más adelante. Al principio se usó para hacer referencia al cuidado de la salud personal, luego la preocupación por la salud e higiene pública; posteriormente abarcó derechos humanos, laborales y ciudadanos; en otro sentido, se refirió a la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, se utilizó como la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Sin embargo observamos que el sentido contemporáneo más popular del concepto “Calidad de vida”, fue desarrollado en el ámbito de la ciencia económica. Y se creó para describir, medir y comparar estilos y estándares de vida de las grandes poblaciones, pero también de un individuo en particular. Así tenemos que para la Comisión Económica para América Latina, (CEPAL), “**Calidad de Vida**” es definida como “un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “**objetivas**” y un alto grado de bienestar “**subjetivo**”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción

individual de necesidades”. (Palomba, 2002). De acuerdo con esta definición, es muy importante enfatizar los dos tipos de factores que las escalas miden:

- A) Objetivos o “externos” que pueden observarse y medirse independientemente de la opinión del sujeto, individual o colectivo, al que se refiere. Por ejemplo, el ingreso que obtiene; el nivel de contaminación del lugar donde habita; el número de homicidios mensuales en su localidad, etc.
- B) Subjetivos, que dependen de la percepción de cada persona y corresponden a su experiencia interna, a la dinámica que sucede en su interior a través de la cual crea, “filtra” o significa su realidad. Por ejemplo, su grado de satisfacción en su vida laboral, o de salud, o lo intenso de un dolor físico, etc.

Múltiples factores son considerados y evaluados respecto a la calidad de vida. Sin embargo los más frecuentes son: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, derechos humanos, ambiente físico y arquitectónico, riqueza, pertenencia o cohesión social, cultura y arte. Entre los distintos autores, una (Palomba, 2002), agrupa en **cinco** categorías, los distintos factores de calidad de vida: materiales, ambientales, de relacionamiento, política gubernamental y bienestar subjetivo.

Los factores **materiales** se refieren a los recursos que una persona o grupo tiene: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc. Y esto implica una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida, donde más y mejores recursos se tengan, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Por factores **ambientales**, se comprenden las características del vecindario o comunidad, que pueden influir en la calidad de vida, como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple y las características del hogar.

En cuanto a los factores **de relacionamiento**, incluyen las relaciones con la familia, amigos y redes sociales; por ejemplo la integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre compartido con otros, el rol social después del retiro, etc.

En relación al factor de **política gubernamental**, la perspectiva social impuesta o negociada desde las esferas del poder institucionalizado, favorece o dificulta la experiencia de seguridad colectiva, de libertad, de participación democrática, de expresión y creatividad comunitaria, etc.

El factor de **bienestar subjetivo**, está ligado a la experiencia de satisfacción. Por ejemplo, no es suficiente la condición de propietario de un recurso, sino al disfrute de ese recurso o a la satisfacción de alguna necesidad, que ese bien proporciona realmente a quien lo accesa. Por eso la subjetividad es un factor que eleva la complejidad del término “calidad de vida” y por eso habremos de integrar otras perspectivas teóricas para comprender esta perspectiva.

3. MEDICIÓN E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA.

Para realizar mediciones estandarizadas de la calidad de vida, distintas disciplinas y autores han realizado propuestas, que significan esfuerzos no sólo de descripción, sino de incidencia en políticas que favorezcan el bienestar social y personal.

Dos de los indicadores mundiales más reconocidos, para evaluar la calidad de vida por país son: el índice de desarrollo humano y el índice de calidad de vida.

Índice de Desarrollo Humano. (IDH)

Este indicador fue establecido por la Organización de las Naciones Unidas, específicamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (**PNUD**), para medir el grado de desarrollo de los países. El cálculo se realiza exclusivamente a través de tres variables:

- 1) la esperanza de vida.
- 2) la educación en todos los niveles.
- 3) el Producto Nacional Bruto per cápita.

Según este indicador, los países **más desarrollados** son, en este orden: Islandia, Noruega, Australia, Suecia, Canadá y Japón.

Índice de Calidad de Vida.

Fue creado por la organización **The Economist Intelligence Unit**, en 2005. Y se basa en una metodología que combina los resultados de encuestas subjetivas de satisfacción con la vida, con los factores objetivos determinantes de calidad de vida entre los países. En esta encuesta se utilizan nueve factores de calidad de vida para determinar la **puntuación** de un país. Los indicadores son:

- 1) Salud. Medida en la esperanza de vida al nacer (en años).
- 2) Vida familiar. Tasa de divorcio (por cada mil habitantes).
- 3) Vida comunitaria. Se asigna un 1, si hay alta tasa de asistencia a la iglesia o pertenencia a sindicatos y 0, si no.
- 4) Bienestar material. Producto Interno Bruto (PIB) por persona.
- 5) Estabilidad política y seguridad.
- 6) Clima y geografía. Latitud para distinguir entre los climas más cálidos y más fríos.
- 7) la seguridad en el empleo. Tasa de desempleo.
- 8) La libertad política. Promedio de índices de libertades políticas y civiles. 1 (totalmente libre) a 7 (no libre).
- 9) La igualdad de género. Medición efectuada utilizando proporción de la media en los ingresos masculinos y femeninos. (Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD).

De acuerdo a este índice, los países **más desarrollados** son, en este orden: 1.Irlanda, 2.Suiza, 3.Noruega, 4.Luxemburgo, 5.Suecia, 6.Australia, 7.Islandia, 8.Italia, 9.Dinamarca, 10.España, 13.Estados Unidos, 14. Canadá, 33. México.

4. CALIDAD DE VIDA EN EL ÁREA DE LA SALUD.

A pesar del constante uso y referencia a estos indicadores, existe una creciente tendencia que **enfatisa los factores subjetivos**, sobre los objetivos para la definición y medición de calidad de vida, especialmente en el área de la salud.

Así tenemos por ejemplo, las siguientes **definiciones**: Es una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, “tal como lo percibe cada persona y cada grupo” (Levi y Anderson, 1980). En el mismo sentido, para otros autores (Andrews y Withey, 1976) la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Igualmente, calidad de vida es el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982). Parafraseando esta definición, desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria (Robles, 2006, p 249).

Esta determinación de criterios subjetivos puede observarse también en la Organización Mundial de la Salud, que a través de su grupo “Estudio de calidad de vida” (WHOQOL Group) define la calidad de vida como “la **percepción** que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Así se explica que, en relación a indicadores de calidad de vida en salud, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, es primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de ésta. El juicio exclusivo de los agentes de salud (médico, psicólogo, etc) no es suficiente para evaluar la calidad de vida por lo cual debe contarse, además, con **la propia evaluación de los sujetos** (Slevin, Plant y Lynch, 1988).

Dentro de la evaluación de calidad de vida en el ámbito de la salud, una tarea muy frecuente es observar **cómo una enfermedad crónica y su tratamiento, inciden en la calidad de vida del paciente**. Una **definición** de calidad de vida en relación con la salud considera que: “es el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos” (Patrick y Erickson, 1993) A partir de esta definición, se pueden evaluar los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas en un padecimiento.

Los **indicadores** más frecuentemente usados en la evaluación de calidad de vida en salud, son:

- 1- Síntomas y quejas subjetivas.
- 2- Diagnósticos.
- 3- Funcionamiento fisiológico.
- 4- Funcionamiento psicológico y cognitivo.

- 5- Funcionamiento físico.
- 6- Percepciones generales de salud. Autoevaluación.
- 7- Funcionamiento social.

La evaluación de calidad de vida en salud se puede realizar a través de dos tipos de medidas: generales y específicas.

Las medidas generales se aplican a pacientes con cualquier tipo de enfermedad. Son multidimensionales (analizan distintas áreas de la vida cotidiana). Pueden usarse para investigar el costo del tratamiento y compararlo con el de otras enfermedades.

Las medidas específicas evalúan problemas concretos de una enfermedad definida, o diferencias sutiles.

Algunos autores sugieren utilizar ambas medidas para obtener una panorámica amplia respecto a los pacientes (Jacobson, De Groot y Samson, 1994).

Es ampliamente reconocido el hecho de que las enfermedades crónicas afectan distintos aspectos de vida en los pacientes. De tal modo que su calidad de vida sufre deterioros importantes. Por ello es necesario que el enfermo haga acopio de recursos biológicos, psicológicos (emocionales y mentales), sociales, y transpersonales (espirituales).

5. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS.

En relación al padecimiento motivo de esta tesis, las conclusiones de algunos investigadores estadounidenses pueden parecer obvias, pero en esta época de “medicina basada en evidencias”, sus estudios sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos demuestran cómo la enfermedad los afecta:

1) los pacientes con diabetes tipo I y tipo 2, sufrieron un decremento significativo en su calidad de vida, en comparación con sujetos sanos. (Stewart et al, 1989)

2) Los individuos con diabetes tienen índices de depresión más altos que los de la comunidad sana (Wells et al, 1988).

3) en la medida en que las complicaciones médicas de la diabetes se agudizan, se decremента la calidad de vida de los pacientes (Jacobson et al, 1994).

4) después de dos años de un estudio longitudinal con pacientes diabéticos, se concluyó que la calidad de vida influye en el control metabólico de éstos. (Wikby et al, 1993).

5.1 Factores de estrés para la población en general.

Uno de los factores más relevantes en la interrelación de aspectos fisiológicos y emocionales en el continuo salud-enfermedad, es el estrés o tensión. Este precipita deterioros en la calidad de vida.

Por este motivo, describimos la escala de Holmes y Rahe (1967), que jerarquiza de mayor a menor, el estrés que algunas circunstancias provocan en los humanos. Y podemos observar que cuando una persona es diagnosticada como diabética, pueden conjuntarse distintos factores de estrés en su nueva vida.

1. Muerte del cónyuge.
2. Divorcio.
3. Separación matrimonial.
4. Encarcelamiento.
5. Muerte de un familiar cercano.
6. Lesión o enfermedad personal.
7. Matrimonio.
8. Despido del trabajo.
9. Reconciliación matrimonial.
10. Retiro.
11. Cambio de salud de un miembro de la familia.
12. Embarazo.
13. Dificultad o problemas sexuales.
14. Incorporación de un nuevo miembro de la familia.
15. Reajuste de negocio.
16. Cambio de situación financiera.
17. Muerte de un amigo íntimo.
18. Cambio de tipo de trabajo.
19. Cambio en el número de disputas con el cónyuge.
20. Hipoteca superior a cien mil pesos.
21. Juicio hipotecario por crédito o hipoteca.
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo.
23. Hijo o hija que dejan el hogar.
24. Problemas legales.
25. Logro personal notable.
26. La esposa comienza o deja de trabajar.
27. Comienzo o fin de la escolaridad.
28. Cambio de condiciones de vida.
29. Revisión de los hábitos personales.
30. Problemas con el jefe.
31. Cambio de turno o de condiciones laborales.
32. Cambio de residencia.
33. Cambio de colegio.
34. Cambio de actividades de ocio.
35. Cambio de actividad religiosa.
36. Cambio de actividades sociales.
37. Hipoteca o crédito inferior a cien mil pesos.
38. Cambio de hábitos de dormir.
39. Cambio en el número de reuniones familiares.

- 40. Cambios de hábitos alimentarios.
- 41. Vacaciones.
- 42. Fiestas navideñas.
- 43. Leves transgresiones a la ley.

5.2 Factores de estrés en el paciente con diabetes mellitus.

De esta misma escala de Holmes y Rahe (1967), podemos derivar algunas situaciones de estrés concomitantes al diagnóstico de diabetes, por los ajustes que el paciente debe hacer. Estos ajustes tienen que ver con:

6. Enfermedad personal. 8. Despido. 10. Retiro. 11. Cambio en la salud. 13. Problemas sexuales. 14. Incorporación de un nuevo miembro de la familia (si llega a cuidar o ser cuidado). 16. Cambio en la situación financiera (por costos de medicamentos y atención médica). 18. Cambio en el tipo de trabajo. 19. Cambio en el número de disputas con el cónyuge (por los ajustes en el estilo de vida). 22. Cambio de responsabilidades en el trabajo. 26. La esposa comienza o deja de trabajar. 28. Cambio de condiciones de vida. 29. Revisión de hábitos personales. 31. Cambio de turno o condiciones laborales. 38. Cambio de hábitos de dormir. 40. Cambio de hábitos alimentarios.

5.3 Tendencias en respuestas cognitivo-emocionales frente al estrés.

Por supuesto, hay individuos y culturas que se ajustan mejor que otros (as) a las nuevas situaciones. La idea de un programa y grupo de apoyo, es favorecer lo más fácilmente este ajuste. Sin embargo y enfatizando la percepción subjetiva de cada persona, es útil tener puntos de referencia respecto a las posibles respuestas. Y en este sentido, citamos las dimensiones del constructo “esperanza-desesperanza” de Pereyra (1997).

ESPERANZA	DESESPERANZA
1. Sentido prospectivo *mirar hacia adelante *con metas y objetivos de vida	1. Sentido retrospectivo *mirar hacia atrás *sin objetivos de vida
2. Esperar lo mejor *expectativas generales positivas *optimismo	2. Esperar lo peor *expectativas generales negativas *pesimismo
3. Novedad *posibilidad, apertura, creación *idea de tiempo lineal	3. Repetición *rutina, compulsión, “juego sin fin” *idea de tiempo circular
4. Libertad *“libertad para”, autoconstrucción *control interno 5. Fortaleza *desafío, coraje, resistencia *mayor capacidad de afrontamiento	4. Fatalismo *predestinación, ideas de fracaso *control externo 5. Derrotismo *síndrome de renuncia *desamparo e indefensión
6. Confianza *aguardar perseverante, fé en Dios *solidaridad y cooperación	6. Desconfianza *inseguridad, temor, escepticismo *menor apoyo social y moral
7. Orientación productiva *amor, maduración, biofilia *síndrome de crecimiento	7. Orientación destructiva *simbiosis, narcisismo, necrofilia *síndrome de decadencia

Dentro de los distintos objetivos a lograr en el “ Programa de apoyo al paciente ambulatorio con diabetes mellitus y su familiar” del Hospital General, está la adherencia al tratamiento. Pero para lograr que el paciente y familiar acepten y apoyen los cambios de hábitos en el comer, beber, hacer ejercicio, etc, es necesario favorecer primeramente su expresión emocional en contra de los cambios. Posteriormente es útil acompañarlos en la exploración de los nuevos sistemas de creencias, que derivan en estilos de vida alternativos y, asimismo, reconocer sus logros. Por ello es indispensable escuchar los procesos que van de la desesperanza a la esperanza; o de una intensa y a veces falsa esperanza al ajuste a la realidad.

Por ello, y en relación a los dos componentes de la calidad de vida, podemos conocer y describir algunos aspectos objetivos de los pacientes y sus familiares, como sus resultados en laboratorio respecto a niveles de glucosa en la sangre. Pero el área de lo subjetivo, es el ámbito más importante para nosotros porque queremos saber cómo se ven a sí mismos, cuáles son las percepciones de su ambiente, problemática, sistemas y estilos de vida, creencias, procesos, experiencias, etc que conforman su realidad subjetiva.

6. FACTORES SUBJETIVOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

En este apartado tratamos de responder a las preguntas: ¿cómo una persona crea sus juicios subjetivos sobre su calidad de vida? ¿qué procesos suceden dentro de sí al juzgar su grado de satisfacción con los diversos aspectos de su vida? ¿qué indicadores toma en cuenta para evaluar su grado de conformidad o inconformidad, satisfacción o no?

La relevancia de esta exploración radica en que mucho se ha hablado desde la política social, la economía, la psicología, la educación en intervenciones en promoción de la salud, de la necesidad de consultar y conocer a los usuarios para realizar programas de adhesión al tratamiento, apoyo, autoapoyo, empoderamiento, etc. Resulta que las **percepciones de los autores de programas, no necesariamente coinciden con** las percepciones del **facilitador** del programa o el del **usuario**. Expresan necesidades, deseos, elecciones diversas y, si bien hay posturas individualistas, también hay las “colectivas”. Por ejemplo, mientras que para un país con socialdemocracia, el problema a resolver es la “desigualdad”, para uno liberal es la pobreza.

Más allá de las posiciones individuales o colectivas, necesitamos distinguir la percepción subjetiva de un individuo o grupo, de las mediciones objetivas del bienestar. Es un hecho descubierto por los investigadores, que no siempre hay una relación directa (como lo supone la ciencia económica) entre indicadores objetivos de calidad de vida como el ingreso que una persona o población obtiene, y el grado de satisfacción que siente respecto a la calidad de su vida.

La **importancia** política de la percepción subjetiva de calidad de vida.

Para los agentes **políticos** que toman decisiones en un país cualquiera, es muy importante investigar las percepciones subjetivas de una población respecto a su calidad de vida, tanto en general como respecto a factores específicos como la salud, o la educación. Según Lora (2008, p 7) : “Puesto que en un sistema democrático las decisiones de política son el resultado de pugnas y negociaciones entre grupos con intereses y visiones diferentes, estas contradicciones rara vez pueden resolverse apelando solamente a argumentaciones técnicas.. (es necesario) .. aprovechar la

riqueza que hay escondida en las opiniones de la gente para detectar las limitaciones de las estadísticas económicas y sociales tradicionales y para **entender** mejor las **motivaciones y necesidades** de los individuos con todas las posibilidades y riesgos que ello implica.” Así, por ejemplo en el área de la salud: “ La mayoría de la gente de un país puede sentirse satisfecha con su salud aunque la expectativa de vida sea baja porque puede desconocer sus propias limitaciones de salud o valorarlas con respecto a patrones modestos.”

En un estudio de Martinelli y Parker sobre México (Lora, 2008, p 33), se observó que, por razones de orgullo, la gente dice tener activos que no tiene, pero que son deseables y que los demás tienen (agua, sanitarios, pisos de concreto) mientras que, **por buscar beneficios** tales como los subsidios condicionados para pobres, mucha **gente miente** en sentido opuesto, diciendo que carece de cosas que sí posee (electrodomésticos, por ejemplo).

Por tanto una primera conclusión es que el bienestar de los individuos no depende solamente de su consumo de bienes privados. El acceso a los bienes públicos y los **patrones subjetivos** de evaluación de su propia situación también **intervienen en su bienestar**. En América Latina muchos individuos calificados como pobres según los indicadores objetivos de consumo de bienes privados y acceso a ciertos servicios públicos no se consideran tales desde su propio ángulo subjetivo. Estas distinciones entre pobres y no pobres según criterios objetivos y subjetivos son relevantes porque la **relación entre ingreso y satisfacción** difiere en cada caso.

La compleja relación entre el ingreso y satisfacción plantea múltiples **conflictos de política**: ¿es justificable que quienes carecen de aspiraciones sean mantenidos en la ignorancia para evitar aquí que caiga su satisfacción? ¿deben concentrarse los esfuerzos por mejorar la calidad de vida en quienes son pobres según criterios objetivos o en quienes se consideran pobres desde su propio ángulo objetivo?

Por otro lado, recordemos que el PIB no mide el bienestar, sino la posibilidad de consumo en función del ingreso (valor de mercado de la producción de bienes y servicios). La calidad de la **salud**, educación, condiciones de seguridad personal o estabilidad política son dimensiones importantes de la calidad de vida que **no** pueden ser **captadas** en las **cuentas** nacionales.

6.1 Las paradojas en mediciones de calidad de vida.

Dicho de otro modo, las condiciones **objetivas** de bienestar o calidad de vida, **no** necesariamente son **reflejadas** así en la **percepción** del individuo o grupo. Por ejemplo, si comparamos las mediciones objetivas de bienestar de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), observamos que México fue situado en el lugar 57, en el año de 2011. Los países mejor ubicados fueron Noruega, Australia, Holanda, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Canadá, Irlanda, Liechtenstein, Alemania, Suecia, Suiza y Japón, en ese orden. México se ubicó abajo del promedio de desarrollo humano de la OCDE, en distintos rubros. En efecto, el promedio en los países de desarrollo humano alto respecto a la expectativa de vida es de 81 años, con 12.6 años de escolaridad. En México tenemos una esperanza de vida de 77 años, con 8.5 años de escolaridad. Por otro lado, nuestro país tiene un porcentaje de 38.9% de su población en deprivación intensa; 5.8% vulnerable a la pobreza y 0.5% en severa pobreza.

Paradójicamente, en México encontramos un puntaje general de 6.8 puntos (escala de 0-menos, 10-más) en el índice de satisfacción con la vida, que es un indicador de percepción subjetiva. Mientras que en países que tienen una **clasificación objetiva** de bienestar **superior** a México, **sus puntajes** fueron **inferiores**: Alemania, 6.7; Japón, 6.1; Hong Kong, 5.6; Eslovenia, 6.1; España, 6.2; Italia, 6.4; Singapur, 6.5; República Checa, 6.2; Grecia, 5.8; Chile, 6.6; Argentina, 6.4.

Por otro lado, algunos países menos desarrollados que México, curiosamente obtuvieron mayores índices de satisfacción con la vida, como Costa Rica, 7.3; Venezuela, 7.5; Brasil, 6.8; El Salvador, 6.7. Y recientemente se ha reconocido el caso extremo de Bhutan: el pequeño país asiático que no tiene ejército; es eminentemente rural; muy religioso (budista); está enclavado en las montañas y a pesar de condiciones objetivas carentes, existe el máximo índice de satisfacción con la vida.

Mientras que algunos indicadores **objetivos** de calidad de vida tienen que ver con las condiciones de vida como vivienda, empleos, ingresos, comunidad, educación, medio ambiente, gobierno, salud, seguridad, equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo y fuera del trabajo; los **subjetivos** tienen que ver con la satisfacción en la vida, los valores, aspiraciones y expectativas. Frente a estas curiosidades paradójicas o **disparidades** entre las condiciones objetivas y subjetivas, uno se cuestiona profundamente:

¿Cómo entender la formación de la percepción de un individuo o grupo respecto a su propio bienestar? ¿en función de quién o de qué es que se genera un juicio de tener mejor o peor bienestar, menor o mayor calidad de vida? Algunos estudiosos, desde la economía y sociología han construido conceptos y llegado a conclusiones después de investigar diversas poblaciones.

Inicialmente una de estas conclusiones es que generalmente la gente se siente más satisfecha en todos los aspectos de su vida en los países que cuentan con mayores niveles de ingreso, lo cual es previsiblemente lógico.

6.1.1 Paradoja del crecimiento infeliz.

Lo que ya no es tan lógico es saber que en los países que crecen más rápido, es más factible que la gente sienta menos satisfacción, lo cual implica una “paradoja del crecimiento infeliz” (Lora, 2008, p 5). También en general, dentro de cada país, la gente con mayores ingresos se siente mejor que aquéllos con ingresos más bajos, lo que también es lógico. Pero incluso dentro de una misma clase social, cuando alguien está rodeado de gente que gana más, se reduce su satisfacción con su empleo, vivienda y todo aquello que puede comprar y hacer. La **razón** de la “paradoja del crecimiento infeliz” parece estar en el **aumento de las expectativas y las aspiraciones** que genera el crecimiento económico, especialmente en los países de mayores niveles de ingreso relativo, y en los que presentan tasas de crecimiento elevado. Además la satisfacción de los individuos depende no sólo de su propio ingreso, sino de la comparación con el ingreso de los demás.

6.1.2 Paradoja de las aspiraciones.

En ese sentido, la llamada “paradoja de las aspiraciones” nos muestra que las **percepciones** responden a patrones **psicológicos o culturales** (Lora, 2008, p 4): los individuos son más benignos

en sus opiniones sobre sí mismos, que sobre los demás o la sociedad, y los pobres demuestran más benevolencia que los ricos en sus opiniones sobre las políticas públicas.

Efecto de la paradoja de las aspiraciones.

De aquí se deriva un curioso efecto para políticas públicas: la tolerancia de las personas con sus problemas de salud es un obstáculo para las políticas de prevención y para el mejoramiento de los servicios de salud en ciertos grupos sociales y en algunos de los países con peores indicadores de salud.

En otras palabras: debido a la “paradoja de las aspiraciones”, **generar insatisfacción** con las políticas sociales (o de la salud), puede ser un requisito necesario **para** crear la **demand**a política por mejores servicios de educación, salud o protección social.

6.1.3. La teoría de las discrepancias múltiples.

Michalos (1985) estableció su teoría de las discrepancias múltiples para explicar que el comportamiento de la gente, **sus evaluaciones de la vida** y sus aspiraciones no vienen determinadas en forma individualista sino que **dependen de las comparaciones**. En grupos de referencia se analiza con quién se compara la gente y qué tipo de comparaciones realiza. De acuerdo a Michalos, la satisfacción resulta al comparar el nivel de vida actual con: **A)** el anterior que estaba acostumbrado a tener (historia); **B)** el de otros individuos (para arriba o para abajo); y **C)** las aspiraciones propias.

6.1.4. La paradoja del conformismo.

La “paradoja del conformismo” (Lora y Chaparro, 2008, p 54) implica que la población de **mayor** nivel de **ingreso** sea **más exigente** con servicios públicos que la de menor nivel, por ejemplo en el sistema médico y escolar. El ingreso tiene otras influencias sobre la satisfacción en la medida en que altere los gustos o las aspiraciones. Esto nos lleva entonces al tema de la carencia o privación en calidad de vida.

6.2 Las medidas de la privación en calidad de vida.

Según Lora y Chaparro (2008, p 62) los argumentos relativos a la calidad de vida nos han convencido que “la privación es más que una cuestión de ingreso.” Para Amartya Sen (1999) es fundamental **medir la privación** en función **de** las **capacidades básicas** y los **funcionamientos** de las personas. En este sentido, la privación en el caso **de** pacientes **diabéticos**, tendrá que ver con aquéllas afectaciones fisiológicas; pero también con los efectos que las limitaciones físicas generan en su vida psicológica, en su relación de pareja, familiar, comunitaria. Es decir, los cambios y restricciones que la enfermedad origina en sus distintas dimensiones. Si a estas restricciones le sumamos los casos de pobreza extrema donde la persona vive con un dólar de ingreso diario o menos, podremos imaginar las condiciones de vida de un indigente diabético en la Ciudad de México.

Por otro lado, las medidas más conocidas de calidad o privación en calidad de vida, tienen que ver con el ya descrito Índice de Desarrollo Humano, del Programa de las Naciones Unidas para

el Desarrollo, que está inspirado en el enfoque de Sen. El problema de estas mediciones oficiales es que no rescatan la profunda riqueza de la subjetividad del individuo. Y recordemos que en el contexto de esta tesis, la percepción subjetiva de los pacientes y/o familiares del programa de apoyo es central.

Esta afirmación resulta bastante decepcionante, pero desgraciadamente verdadera en muchos países, incluido el nuestro en largos periodos históricos: “una política social efectiva desde el punto de vista político puede basarse en concentrar las mejoras de cobertura o calidad de los servicios en las clases medias o altas en ascenso cuyas exigencias tienden a aumentar a medida que mejoran sus ingresos, mientras que **se mantiene desinformados a los grupos sociales más bajos**, cuyas expectativas sobre las políticas sociales son más modestas” (Lora y Chaparro, 2008, p 66). Menos decepcionante es esta advertencia: “en sociedades democráticas es saludable que se ventilen en el debate público estas incongruencias entre lo que es políticamente efectivo y lo que verdaderamente contribuye al progreso económico y social de la población.. abandonando la tesis simplista de que todo aumento del ingreso genera un aumento de satisfacción (y por consiguiente de apoyo político) y en su lugar aceptaran que la relación entre el ingreso y la satisfacción es inherentemente conflictiva.” (Lora y Chaparro, 2008, p 66).

6.3 La “satisfacción con la vida”, como concepto multidimensional.

La satisfacción con la vida no sólo está en relación con variables objetivas, sino en relación a las apreciaciones subjetivas sobre los distintos aspectos de la vida de los individuos. En evaluaciones de satisfacción de la vida, éstos fueron los resultados de variables elegidas: (Encuesta Mundial de Gallup, 2007, EQ-5D)

- 1º. Ingresos y lo que pueden hacer con ellos (como seguridad alimentaria, por ejemplo)
- 2º. Amistades.
- 3º. Apreciación del trabajo y la **salud**.
- 4º. Satisfacción con la vivienda.
- 5º. Satisfacción con libertades individuales.
- 6º. Importancia de la religión.

En contraste con la importancia de los aspectos de la vida personal, las dimensiones más sociales o colectivas no parecen tener un mayor peso en las valoraciones subjetivas de bienestar por ejemplo, la satisfacción con la situación económica nacional, con el sistema de salud o con las políticas para crear empleos no se encuentra asociada a la evaluación de la vida.

Los latinos que tienen trabajo, dividen sus opiniones en dos grupos: los más pudientes consideran más importante la satisfacción con la salud y empleo. Los menos pudientes consideran que el bienestar depende de su satisfacción con el nivel de vida y sus amistades. Puede ser que un empleo satisfactorio provea parte de las necesidades de relación social; para quienes tienen menos recursos, son las amistades las que proveen de seguridad económica y mecanismos de protección.

Los más pobres tienden a ser conscientes de las deficiencias de las ciudades en que viven en la medida en que han resuelto mejor sus necesidades personales. Para los más pudientes ocurre algo semejante pero en relación con el sistema educativo.

En los indicadores subjetivos de calidad de vida (amistades, religión, seguridad) el gobierno no puede influir tanto como en salud, empleo, vivienda, infraestructura urbana y seguridad personal. Sin embargo hay conflictos posibles entre la felicidad individual y el bienestar colectivo porque aunque entender las opiniones de la gente puede contribuir a mejorar el debate público y optimizar el diseño y la implementación de las políticas públicas, producir mejores opiniones no puede ser el criterio para tomar decisiones públicas.

El ingreso y la satisfacción.

Según Easterlin (1974) la satisfacción individual sólo mejora cuando un aumento del ingreso pone al individuo en una mejor posición **relativa** respecto de su grupo social. También se ha observado que la satisfacción depende de la “brecha de aspiración”, es decir, la diferencia entre el ingreso corriente del individuo y el ingreso que considera suficiente para satisfacer sus necesidades; el cual tiende a aumentar con el ingreso corriente. Esta banda corrediza de las aspiraciones hace que siempre se considere necesario un ingreso más alto (generalmente el doble del corriente) y que la satisfacción no aumente con el ingreso. (Stutzer, 2004; McBride, 2005). La comparación relevante se efectúa con gente de la misma región (Stutzer, 2004), o con el país entero (Ball y Chernova, 2008) , o con individuos de una misma profesión o grupo étnico (Senik, 2004),(Gandhi Kingdon y Knight, 2004) . Hay un **efecto de comparación** –o de envidia- que **reduce la satisfacción**; es decir, la satisfacción de los individuos dependen de lo que ven hacer o consumir a los demás. Parafraseando a Ariely (2008) “Siempre estamos mirando a lo que tenemos alrededor, en relación con otros”

Educación y satisfacción.

Por lo que se refiere a la educación, en el caso de América Latina por ejemplo, los individuos más escolarizados reportaron mayores niveles de satisfacción con sus vidas probablemente porque: **a)** gozan de un estatus social más alto y tienen más probabilidades de escoger empleos y actividades que les ofrezcan mejores posibilidades de enriquecimiento personal. **b)** tienen más posibilidades de disfrutar los aspectos no materiales de la vida, incluida la relación con los demás (Diener et al, 1999). En otras palabras, los individuos más educados tiene más opciones no sólo para satisfacer sus necesidades de consumo (aunque quizás sometidos a mayores aspiraciones), sino también para sentirse autónomos, competentes y conectados.

Satisfacción con la salud.

Concretamente, en referencia a la salud, hay dos indicadores de satisfacción: **a)** subjetivo, **satisfacción** con la propia salud, **b) confianza** en el sistema médico. Lo curioso es que algunos efectos del desarrollo económico, tan buscado por individuos y políticas públicas, como la contaminación, el estrés y la obesidad, minan la salud. Por ejemplo, Ruhm (2000) encontró, en Estados Unidos, que cuando la **economía mejora**, la actividad física decrece y se consumen alimentos **menos saludables**.

Por su parte, en América Latina las personas están insatisfechas con su salud y sus posibilidades de llevar vidas saludables. La salud tiene poderosa influencia en las posibilidades de que una persona sea feliz, influye en su capacidad de participar de la vida social y económica así como en el modo en que se desenvuelve en la vida. Pero a su vez, la salud depende de la educación, empleo, estatus, redes sociales, acceso a agua potable y saneamiento, entre otras. En general, en América Latina la población vive diez años más que en 1960. Aunque no hay acceso universal a los servicios de salud, se han disminuido las enfermedades infecciosas y hay más tecnología pero más enfermedades crónicas.

Sin embargo, la satisfacción con la salud también depende de factores culturales, no siempre son factores objetivos como la atención a la salud, el sistema de atención sanitaria o el ingreso. En países con alto grado de tolerancia a la mala salud o deficiencia de la asistencia sanitaria, puede ser difícil movilizar apoyo para mejorarla. Por el contrario, donde hay baja tolerancia a la salud y atención sanitaria, puede ser difícil mantener apoyo a algunas acciones en salud. En el continente americano ha cambiado **el perfil de morbilidad** de enfermedades infecciosas a **crónicas** provocadas por: un inapropiado régimen alimenticio, sedentarismo, tabaquismo, hipertensión y obesidad, exposición a toxinas, estrés en el trabajo e ingesta de alcohol. Para los padecimientos como **diabetes**, hipertensión, cardiopatías, distintos tipos de cáncer (entre ellos el asociado a tabaquismo) y accidentes cerebrovasculares, **las tasas de mortalidad se han incrementado**.

Una de las mediciones que relacionan las condiciones objetivas de salud con la calidad de vida y con la cantidad, es la famosa AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). Y esta unidad nos puede dar cuenta de la diferencia en esperanza de vida o en años de vida productiva, entre una persona sana y otra afectada por un determinado problema de salud.

La desigualdad socioeconómica afecta la salud por distribución de poder y de recursos. Pero también factores como **normas sociales, patrones conductuales y estrés** acrecientan la desigualdad en materia de salud. Por otro lado, las inversiones públicas en saneamiento, inmunización, educación y lucha contra vectores de enfermedades ganaron terreno en el área de salud; porque se generan nuevos medicamentos y nuevos tratamientos. Asimismo en los años recientes se logró más acceso que nunca a servicios de salud (más médicos, clínicas y hospitales, más cantidad y calidad y más tecnología médica, más disponibilidad de asistencia sanitaria, más población en cobertura de seguridad social); y además quienes pueden, contratan seguros médicos privados.

Los gobiernos han realizado esfuerzos para ofrecer directamente atención médica gratuita o a bajo costo. También han legislado para que algunos medicamentos bajen su costo significativamente después del vencimiento de las patentes. Esto genera una mejora resultante de la salud. Por ejemplo, la proporción de personas que buscan atención médica cuando están enfermas en el quintil de ingresos más altos es aproximadamente el doble en promedio que la de quienes están en los quintiles más bajos en los países de América Latina y el Caribe. (Dachs et al, 2002)

6.4 La satisfacción con la salud como factor en la satisfacción general.

En la visión de Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 101): “Si la buena salud es deseable por sí misma, también contribuye de manera sustancial a las posibilidades que tiene una persona en la vida, y puede tener un efecto directo en la satisfacción general. En A.L. y el Caribe, la salud es el tercer factor más importante que contribuye a la satisfacción en la vida por debajo de la seguridad alimentaria y los amigos, pero está clasificada por encima del empleo, vivienda y otros. Esto significa que la satisfacción con la vida y satisfacción con la salud no son lo mismo, pero la segunda interviene en la primera.”

En América Latina 85% de encuestados por Gallup dicen estar satisfechos con su salud en 2006 y 2007. Se aplicó el instrumento EQ-5D, que indaga sobre la capacidad de una persona para desplazarse; cuidar de sí misma; emprender actividades normales; si padece dolores; si se siente ansiosa o deprimida.

Los encuestados en general declararon tener **buena salud, a pesar de** sus achaques, donde:

25% vive con un tipo de **dolor**.

18.5% sufre de **ansiedad**.

10% su **movilidad** es **limitada**.

9.5% padece **limitaciones físicas** que afectan sus actividades diarias.

3.8% tiene **dificultades para cuidar** de sí mismo.

Para explicarnos el grado de satisfacción con la salud, es necesario considerar que algunos factores como el dolor extremo y moderado; ansiedad extrema y limitaciones extremas, provocan menor satisfacción con la salud. Pero dificultades extremas para la movilidad y limitaciones para cuidar de sí mismos, no afectan tanto en relación a satisfacción con la salud: o porque se presentan con menos frecuencia o porque las personas aprenden a adaptarse o a compensar esas dificultades más rápidamente. (Savedoff, Alfonso y Duryea, 2008, p 104). En el caso de las personas de más edad, generalmente están menos satisfechas con su salud que las jóvenes. Se ha concluido que su grado de satisfacción tiene que ver con el estado de salud actual. Y por otro lado, la satisfacción con la salud es más baja en países que están en pleno crecimiento económico, que en los pobres. En Estados Unidos las **tasas de mortalidad** para 8 de 10 causas **ascienden** durante periodos de **crecimiento económico** en comparación con periodos de recesión. Factores como tabaquismo, aumento de peso, inactividad física y hábitos alimenticios poco sanos también suben durante épocas de auge económico (Ruhm, 2000). Este perfil es sólo una de las dimensiones de la “paradoja del crecimiento infeliz”.

Un ingreso más alto permite a las personas consumir bienes y servicios que mejoran su salud, pero puede tener efectos adversos sobre algunos aspectos de la salud o puede elevar las expectativas a mayor velocidad que las mejoras de las condiciones objetivas de salud. La diferencia entre la satisfacción con la salud de las personas que se encuentran en los quintiles de ingresos más

altos y los más bajos es del 7% (en general, en AL y el Caribe); en México es igual o inferior al 3%. En la perspectiva de Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 106), la diferencia en la satisfacción con la salud en los distintos grupos de ingreso obedece en gran medida a diferencias reales en el estado de salud. Por ejemplo, las dificultades moderadas con la movilidad, la incapacidad de cuidarse a sí mismo, los impedimentos para las actividades cotidianas, el dolor y la ansiedad afectan más a quienes se encuentran en el quintil más bajo de ingresos que a quienes se encuentran en el más alto.

Una de las conclusiones de estos investigadores (Savedoff, Alfonso y Duryea, 2008, p 107), es que los pobres no toleran la mala salud mejor que los ricos, al contrario, algunas enfermedades que implican obstáculos para la movilidad y actividades cotidianas reducen más la satisfacción con la salud en los pobres, que en los quintiles de ingresos más altos. En cambio, las dificultades moderadas para cuidar de sí mismo y las dificultades extremas relacionadas con la ansiedad tienen menos impacto sobre el estado de salud declarado en el quintil más rico que el resto de la población. Las diferencias de perspectivas culturales no explican por qué los ricos y pobres perciben su salud de distinta manera. Más bien, sugiere que **los pobres son más sensibles a determinados trastornos** porque dependen más del trabajo físico y/o **porque tienen menos recursos para compensar su mala salud**. Por su parte, los grupos de mejor situación económica sí cuentan con recursos propios para adquirir servicios de apoyo y aparatos que puedan disminuir el efecto de la mala salud en su satisfacción con la salud.

Por otro lado, las diferencias culturales y sociales (por ejemplo, la religión) son más significativos para la satisfacción con la salud más que el estado de salud, la edad, género, ingreso y el aumento de ingreso, renta nacional, crecimiento económico, gasto en salud pública, esperanza de vida o mortalidad infantil. En Guatemala, por ejemplo, la gente declara un grado de satisfacción con su salud equivalente al de Costa Rica, siendo que el país guatemalteco tiene mucho más alta tasa de mortalidad. Los chilenos se muestran muy insatisfechos con su salud, aunque tienen vidas más largas, menos enfermedades e impedimentos físicos.

De aquí se deriva un hecho muy significativo: existen importantes **divergencias entre las percepciones de la salud y la salud en sí**. Entonces los investigadores se cuestionan: ¿Qué probabilidad hay que una persona se declare satisfecha con su salud para cualquier nivel dado de salud?

Probablemente hay **factores históricos y sociales** para explicar el estoicismo como actitud básica para la tolerancia a la mala salud, o mostrar mayor inclinación a expresar su insatisfacción. De acuerdo con los estudios de los economistas en relación a la satisfacción con la salud, (Savedoff, Alfonso y Duryea, 2008) podemos sintetizar algunos hechos:

1. La gente puede sentir de manera diferente un problema de salud en función del acceso que tenga a servicios de atención sanitaria o de apoyo social para tratar de aliviar su padecimiento.
2. Las dificultades moderadas para cuidar de sí mismo pueden ser menos problemáticas, y por lo tanto reducir menos el nivel de satisfacción, si se cuenta con otras personas con las cuales interactuar y de las cuales recibir ayuda.
3. Los tratamientos, los aparatos médicos, o la construcción de edificios comunitarios conforme a normas que aseguran la accesibilidad pueden

coadyuvar a superar las dificultades relacionadas con la movilidad. **4.** Con más poder adquisitivo, las personas socializan más y están más dispuestas a recurrir al médico. **5.** A mayor demanda de atención sanitaria, con mayor modernización y urbanización, se incrementa la tendencia a ir al médico moderno en lugar del curandero tradicional. **6.** La labor de difusión de los medios electrónicos, conscientiza a la población sobre los servicios médicos que existen para tratar problemas de salud, que de otro modo se ignorarían, no se reconocerían o tolerarían. **7.** Los políticos prometen servicios públicos y crean expectativas más altas en la población. **8.** Los habitantes de AL en los rangos de edad de 50-60 años, y de 60-70 años; expresan más satisfacción con los servicios de salud, que el grupo de 20-30 años. **9.** Los más pobres tienen menos acceso a la atención médica cuando están enfermos y estos servicios son de menor calidad; como son beneficiarios de programas públicos, pueden ser menos exigentes y más agradecidos que los grupos de alto ingreso, que consideran esta atención de menor calidad. **10.** Los usuarios de seguridad social o seguro médico privado o los de servicios públicos, expresan confianza en el sistema sanitario más que quienes tienen pago de seguros de gastos médicos mayores.

Por otro lado, En México, 57.2% está **satisfecho** con la disponibilidad de una **atención sanitaria** de calidad en la ciudad o zona donde viven. Y por quintiles de ingresos,

El 1 -	56.9%
2	58.1
3	58.9
4	52.7
5	59.5

Para Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 111) quienes están satisfechos con la disponibilidad de atención médica de calidad, generalmente expresan satisfacción con su salud y se clasifican en mejor estado de salud, que quienes no están satisfechos con la atención médica. (Posiblemente sea más saludable y se sienta más optimista).

En América Latina y por supuesto, en nuestro país, existe un gran número de ciudadanos que todavía sufren innecesariamente enfermedades y afecciones que han sido eliminadas en los sectores más altos de la sociedad (por ejemplo, padecimientos infecciosos). Pero otra población, está relacionada con **enfermedades crónicas** no transmisibles, más difícil de resolver porque **implica cambios conductuales** y servicios de asistencia sanitaria más complejos, por ejemplo, programas comunitarios y reorganización de la atención médica. Para resolver los problemas sanitarios de poblaciones nacionales, podemos observar dos tipos de políticas públicas: 1 en forma de “servicios **públicos** de salud” (acciones del gobierno o de otras instituciones sociales colectivas). 2 “servicios **personales** de salud”, prestados a una familia o particular (cirugías, quimioterapia, etc).

Los investigadores (Savedoff, Alfonso y Duryea, 2008, p 114) recomiendan algunas acciones indirectas, pero relacionadas con la salud de la población, como impuestos al tabaco, horarios

restringidos de venta de alcohol, regular ingredientes que favorecen la obesidad, reducir la exposición a sustancias nocivas, vialidad más segura, iluminación nocturna en las calles, separación entre peatones y tráfico vehicular, educación infantil para la vida saludable, fomento en niñas de autonomía y plena participación en la vida económica y política, pensiones a la vejez, seguro de desempleo.

Asimismo, sugieren campañas para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, igual que elevación de la calidad. Para Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 117) es necesario encontrar el equilibrio entre proporcionar lo que es bueno, y lo que la gente quiere.

Las contradicciones entre percepción subjetiva de salud y estado objetivo de salud.

En las investigaciones realizadas se encontró que los individuos, igual que los grupos, pueden mostrar **divergencias** entre sus percepciones respecto al estado de su salud, y su verdadero estado de salud; esto significa que las personas se pueden sentir sanas aún cuando padezcan de una afección que requiere tratamiento, o al contraer una enfermedad que pueda prevenirse. Por ejemplo, en una encuesta realizada en México en 2002, 4% de participantes fue diagnosticado con diabetes y ya sabía previamente que la padecía; pero 7% fue diagnosticado y no sabía que la padecía. (Parker, Ruvalcaba y Teruel, 2008).

Estas diferencias entre percepciones y verdadero estado de salud, se explican por cuatro razones, según Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 103):

Primero. Porque ciertas condiciones de salud no son física ni visualmente perceptibles. Por eso es que algunos padecimientos son llamados “silenciosos”, es decir, el enfermo no tuvo síntomas, o nunca los detectó hasta que la enfermedad ya estaba avanzada.

Segundo. Porque los procesos mentales de una persona filtran e interpretan su estado de salud. Sus mecanismos de defensa psicológicos, o su tendencia pesimista u optimista pueden considerar que está sano cuando no lo está, o viceversa: considerarse enfermo a pesar de su saludable estado.

Tercero. Porque su percepción de salud puede estar en función de su comparación con otras personas o con su historia, o en relación a sus aspiraciones: “como debería estar”.

Cuarto. Porque su evaluación subjetiva se enmarca en una cultura y un idioma, que estimulan o no la autorreflexión y expresión verbal de percepciones de salud.

Frente a estas contradicciones, una manera de cerrar esta brecha entre percepción y estado de salud es utilizar la **persuasión** y en casos extremos, la **coerción** para obligar a la gente a que se someta a pruebas, reciba información, asesoramiento y tratamiento. Se requieren incentivos y campañas públicas para alentar a la población a enterarse de su estado de salud y se requiere equilibrio entre el interés individual por mantenerse saludable y las percepciones de que esos programas son innecesarios o demasiados molestos e invasivos. Por ejemplo, el 85% de la población en AL cree que goza de buena salud (Savedoff, Alfonso y Duryea, 2008, p 118), y tiende a subestimar la probabilidad de requerir servicios médicos. Y esto probablemente influye en que la

población no prevea que a mediano y largo plazo, va a tener que pagar los costos de atención médica en su tercera edad. Frente a este panorama, los gobiernos han intentado obligar a la población al ahorro forzoso para la jubilación.

Sin embargo, la recomendación de Savedoff, Alfonso y Duryea (2008, p 120) es preservar la libertad de elección es políticamente importante y por ello las instituciones gubernamentales buscan un equilibrio entre la información, movilización, manejo de expectativas y mejora de servicios de atención de salud.

6.5 La importancia de programas educativos para elevar la calidad de vida.

En muchos países tanto el sector público como el privado, reconocen la urgente necesidad de educar a la población no sólo en el sistema escolarizado, sino a través de la educación no formal. La **educación para la salud**, para manejos financieros responsables, para ejercer derechos civiles, etc ha sido reconocida como un medio **para elevar la calidad de vida**. Concretamente, se reconocen cuatro posibilidades a la educación (Duryea, Navarro y Verdisco, 2008, p 121):

*tiene el potencial de ampliar las oportunidades en la vida, sobre todo en el mercado laboral, lo que da lugar a mejores empleos, ingresos más altos y menores riesgos de desempleo.

*puede abrir oportunidades para disfrutar de experiencias culturales y relaciones interpersonales de maneras que no están al alcance de las personas sin estudios.

*puede reducir los riesgos inherentes al desconocimiento de los **principios básicos de salud** o del medio ambiente, y generar externalidades positivas que benefician a toda la comunidad en la que está inserto el individuo.

*puede mejorar la satisfacción general con la vida porque refuerza el sentido del valor propio y allana las inquietudes sobre las oportunidades de las que disfrutarán los descendientes.

Por ello, el Programa educativo objeto de esta tesis, resulta tan relevante en sus alcances y efectos a corto, mediano y largo plazo.

6.6 Un caso de medición respecto a la percepción subjetiva de los ciudadanos: la encuesta Reforma sobre calidad de vida en ciudades mexicanas.

La Encuesta Reforma sobre Calidad de Vida en las Ciudades Mexicanas (2007), arrojó los siguientes resultados.

El índice global de calidad de vida, para la ciudad de México fue de 5.44 en el año de 2001; de 5.56 en 2003; y de 5.94 en el año de 2007. En el comparativo entre 36 ciudades mexicanas, la Ciudad de México alcanzó el 23% de habitantes que se sienten estresados todos los días; el 25% “varias veces a la semana”, el 20% una que otra vez al mes, el 31% rara vez o nunca y el 1% “no sabe”. Fue la metrópoli más estresante del país. Es importante hacer notar que estas cifras fueron obtenidas antes del incremento de la violencia en el sexenio de Calderón. El Distrito Federal fue también el peor evaluado en cuanto a las distancias que se deben recorrer día con día (con 5.75 puntos, contrastando con la ciudad de Colima, que obtuvo la mejor calificación, con 8.51 puntos); en

transporte público, ocupó el lugar 35 con 5.87% (sólo Ciudad Juárez tuvo menor calificación, con 5.84 puntos, mientras que Colima ocupó el primer lugar con 7.92 puntos). Por lo que se refiere a Oportunidades de tener vivienda, la ciudad de México se posicionó en el último lugar con 5.79 puntos mientras que el mejor lugar fue Mexicali, con 8.11. En cuanto a Facilidad de realizar trámites, la Ciudad de México obtuvo 6.37 puntos; en contraste con el mejor lugar que fue Colima con 8.32 y el peor lugar fue Oaxaca, con 5.56. Respecto a la comunidad y los vecinos, otra vez Colima ocupó el mejor lugar con 8.56 puntos y la ciudad de México fue el último lugar con 6.94. En cuanto al gobierno local, Colima alcanzó el primer lugar con 8.17 puntos mientras que la ciudad de México logró 5.83 puntos en el sitio 34 y Oaxaca 4.61 en el lugar 36. Finalmente, a la pregunta ¿a usted le gustaría seguir viviendo en esta ciudad o le gustaría irse a vivir a otra? La ciudad de México ocupó el lugar 36, donde al 47% le gustaría seguir ahí y al 52% le gustaría irse a vivir a otra. Aguascalientes ocupó el primer lugar, donde al 92% le gustaría seguir ahí y al 5% le gustaría mudarse.

6.7 Diabetes Mellitus y calidad de vida en la ciudad de México.

Respecto a la **diabetes** en la Ciudad de México, en el año de 2007, 12 de cada 100 personas mayores de 20 años padecían diabetes. Para los expertos de la Secretaría de Salud, el alto estrés que vive la población capitalina, aunado a la mala alimentación y la falta de ejercicio, son factores precipitantes de este grave problema de salud. El entonces director del Programa de Salud del Adulto y Anciano, mencionó que “los incrementos más altos se dieron en la ciudad de México” , ” y según Armando Barriguete, asesor de la misma secretaría, la obesidad y el sobrepeso son factores predisponentes asociados al consumo excesivo de frituras, de la llamada comida rápida, refrescos, grasas y dulces. Una de las cifras más dramáticas asociadas a la diabetes, es el elevado número de **amputaciones** nacionales de pie o de pie y pierna calculadas en 214 mil, practicadas a diabéticos en los últimos 10 años. Asimismo, se genera un déficit de prótesis, cuyos costos alcanzan entre 25 y 30 mil pesos. (Barriguete, 2007. p 1)

En estas condiciones es que surge la necesidad de entender cómo funciona el programa de apoyo al paciente ambulatorio con diabetes mellitus y sus familiares, en el Hospital General de México.

CAPITULO VII

CALIDAD EXCEPCIONAL DE VIDA (CALEVI) COMO AGENTE E INSTRUMENTO PARA LA TRASCENDENCIA.

“El humanismo sostiene que la función de la educación, su meta es en última instancia la “autorrealización” de una persona, el desarrollo hasta la altura más elevada que la especie humana puede alcanzar o que el individuo particular puede realizar, es ayudar a la persona a que sea lo mejor de lo que es capaz”.

Maslow.

“Sí tengo diabetes y sí necesito insulina; pero vean cómo estoy y cómo me siento”.

Paciente. Caso 16

Para la autora de este escrito, “Calidad de vida” es el estado de bienestar de un individuo resultante de factores objetivos (condiciones materiales de vida) y subjetivos (su propia percepción o consciencia).

Para efectos de esta tesis, por “Calidad Excepcional de Vida” comprendemos dos aspectos: 1) una asociación civil como agente para la trascendencia y 2) una metodología como instrumento para la trascendencia.

1. UNA ASOCIACIÓN CIVIL COMO AGENTE PARA LA TRASCENDENCIA.

Esta asociación civil surge en 1992. Dentro de sus objetivos, la organización busca alentar a las personas con problemas de salud a descubrir y hacer uso de sus recursos internos para promover su curación y recuperación. Asimismo tiene como objetivo la formación de personal de salud y voluntarios para el manejo de grupos para la salud integral. Apoya a los pacientes a través de grupos o en forma privada, en sus problemas de salud y para ayudarles a mejorar su calidad de vida. La meta del programa Calevi es acompañarlos para que sus problemas de salud se conviertan en crisis productivas que los lleven a descubrir nuevas formas de vida. También orienta a los familiares sobre su autocuidado y cuidado del paciente. Asesora al personal de salud para elevar su calidad de vida. En síntesis, promueve que, tanto los pacientes, como familiares y personal de salud utilicen el escenario de salud-enfermedad, desde sus roles específicos, como una oportunidad de transformación personal.

Evolución Histórica de Cálevi 1992-2014

Podemos distinguir tres etapas en la evolución histórica de Cálevi.

a) Primera etapa: 1992-1995.

La Asociación empezó con dos miembros y básicamente en el seno del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, donde se trabajó con pacientes de nefrología. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención. Esta consistía en un acercamiento persona a persona mientras los pacientes estaban en hemodiálisis. Se trabajaba con visualizaciones y expresión emocional. Al principio los pacientes estaban totalmente desconectados de sus sensaciones y emociones. Con el tiempo, mencionaban sentirse muy mal, muy enojados o temerosos. Después empezaban a sentirse más integrados consigo mismos, y mejor. Posteriormente, se formó un grupo de trabajadoras sociales del Hospital General de México, a quienes se les impartió el primer diplomado en manejo de grupos para la salud integral. Este grupo, no mostró cambios positivos en su trato hacia sus colegas o pacientes.

b) Segunda etapa: 1996-2002.

Cálevi se enriqueció con la participación de dos miembros más en su equipo directivo. Hubo mayor organización y expansión del programa. Se modificó y abarcó dos áreas más: un área de manejo de energía y otra de formación en habilidades para la facilitación de grupos. Los grupos incrementaron su número significativamente, y médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, voluntarias empezaron a asistir, provenientes de distintos hospitales públicos y privados, así como de dependencias de la Secretaría de Salud. Se organizaron distintos eventos en el Hospital General de México y en el Instituto Nacional de Cardiología.

c) Tercera etapa: 2006-2014.

Diferencias en visión y misión concluyeron en la separación de las fundadoras y posteriormente en su abandono de la organización. Delegaron las funciones de dirección, y la actividad de Cálevi se dirigió a retomar su esencia como promotor del desarrollo humano para incrementar la calidad de vida. Dirigió sus esfuerzos no sólo a personal del sector salud, sino al público en general.

2. UNA METODOLOGÍA COMO INSTRUMENTO PARA LA TRASCENDENCIA.

La metodología de Cálevi tiene como objetivo acompañar a personas y grupos en sus procesos de desarrollo, con el propósito de que eleven su calidad de vida. Y el motor de ese proceso es básicamente subjetivo, en dos sentidos: a través de ampliar sus niveles de consciencia; y de aprender a manejar su energía.

En otras palabras, Calidad Excepcional de Vida implica **elevar las condiciones objetivas** de vida (vida saludable, equilibrada, con mejores condiciones objetivas de vida) y **mejorar las condiciones subjetivas** de vida (más satisfacción) **a través de** fomentar y/o favorecer **la Trascendencia**. Esto es, despertar la conciencia del espíritu, del alma, de los valores del ser. Es apelar a una instancia Superior a nuestra propia cotidianidad, que le dé sentido a las circunstancias carentes, cambiantes o negativas de la vida. En el caso de las personas creyentes o religiosas, es reconectarlas con su propia creencia religiosa o espiritual. Para las personas no creyentes o no religiosas, es acompañarlas a explorar sus propios niveles de autorrealización y trascendencia.

La metodología de Cálevi, los “cómos” tienen su **inspiración** en dos fuentes:

a) el nuevo paradigma de la salud, desarrollado por el radiólogo oncólogo O. Carl **Simonton** y el cirujano pediátrico Bernie **Siegel** en los Estados Unidos;

b) el metamodelo de **Ontogonía**, creado por el doctor en Psicología Clínica y Medicina Holística, el mexicano Carlos de León de Wit.

2.1 El contexto social.

Las nuevas propuestas en la salud surgieron a finales del siglo pasado, y dentro del contexto que La Conspiración de Acuario (Ferguson, 1994, p 274.) describe así: “la inminente transformación de la medicina es un escaparate en que puede verse reflejada la transformación de todas nuestras restantes instituciones. Aquí puede observarse lo que sucede cuando los consumidores comienzan a cuestionar la legitimidad de una institución autoritaria”. A partir de 1980, surgió un nuevo paradigma en salud, que revolucionó las formas y las bases de una práctica social: la medicina. Ferguson (1994, p 281-284) contrasta de este modo la antigua y la nueva medicina:

Antiguo paradigma de la medicina.

Nuevo paradigma de la medicina.

Tratamiento de los síntomas.	Además de tratar los síntomas, interés por detectar pautas y causas.
Especializada.	Integrada, preocupada por el paciente en su totalidad.
Neutralidad emocional del profesional.	La actitud del profesional es un factor de curación.
El dolor y la enfermedad son totalmente negativos.	El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente.
Intervención principalmente por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas.	Intervención mínima con la “tecnología apropiada”, complementada con un arsenal completo de técnicas no invasoras (psicoterapias, dieta, ejercicio).
Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado.	Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto o como un campo energético dentro de otros.
Enfermedad e incapacidad vistas como cosas, como entidades.	Enfermedad e incapacidad vistas como procesos.
Preocupación por eliminar los síntomas, la enfermedad.	Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una “meta-salud”.
El paciente es dependiente.	El paciente es (o debería ser) autónomo.
El profesional tiene autoridad.	El profesional es un compañero terapéutico.
El cuerpo y la mente están separados; la enfermedad psicósomática es mental, corresponde al psiquiatra.	Continuo cuerpo-mente; la enfermedad psicósomática entra en el campo de todos los profesionales de la salud.
La mente es un factor secundario en las enfermedades orgánicas.	La mente es un factor primario o equivalente a los demás en toda enfermedad.
El aspecto placebo demuestra el poder de la sugestión.	El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación.
Confianza principalmente en la información cuantitativa (diagramas, pruebas, datos)	Confianza primariamente en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
La “prevención” se centra fundamentalmente en lo exterior; vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar.	“Prevención” coextendida a la totalidad: trabajo, relaciones, objetivos, unidad cuerpo-mente-espíritu.

2.2 El nuevo paradigma de salud: Simonton y Siegel.

Dentro de las tendencias del nuevo paradigma en medicina, que surgió en los Estados Unidos, dos representantes muy importantes que inspiran el Programa del Hospital General, son los médicos Simonton y Siegel, cuyos postulados describimos.

2.2.1 Simonton.

Oscar Carl **Simonton** (1942-2009) fue un prominente médico oncólogo radiólogo, pionero en la utilización de recursos alternativos en el tratamiento convencional del cáncer. Incluyó la visualización en el tratamiento de quimioterapia, expresión y manejo emocional, redes de apoyo sociales con la familia y personal de salud, exploración de motivación para vivir, etc. El mismo se entrenó en meditación, visualización, pensamiento positivo, método silva de control mental, filosofías orientales y chamanismo.

Simonton, estableció en Palisades, California, un centro holístico de atención al paciente, el “Simonton Cancer Center en Pacific Palisades”, donde integró el poder de la **mente y el espíritu** para sanar, aplicó el concepto de **redes de apoyo** al paciente, junto con **manejo de estrés**, y utilización de **mascotas** para generar vínculos significativos en el tratamiento del cáncer. La mayoría de los enfermos se agrupaban en tres tipos de cáncer: pulmón, intestinos y de mama. Sin embargo, las conclusiones y metodologías que aplicó eran extensivas a otros tipos de cáncer.

Mostró cómo las emociones y los sistemas de creencias, tanto del paciente, del médico e incluso del cuidador, afectaban el continuo salud-enfermedad.

Explicaba cómo las emociones se convierten en sustancias químicas que influyen el sistema inmunitario y otros mecanismos de curación del cuerpo. (Simonton y Henson, 1993). Mencionaba que existen tres sistemas que trasladan las emociones a nivel físico:

- 1) El sistema endocrino, que se comunica mediante las hormonas,
- 2) El sistema nervioso, que se conecta directamente con los glóbulos blancos,
- 3) La familia de las moléculas de comunicación, que son los neuropéptidos, neurotransmisores, factores de crecimiento y citosinas que influyen en la actividad celular, mecanismos de división celular y funcionamiento genético.

De este modo, ciertas fibras nerviosas terminan efectivamente sobre la superficie de ciertos glóbulos blancos. Estos glóbulos reciben mensajes directos del sistema nervioso, mensajes que se originan en el cerebro. La investigación de estas interrelaciones biológicas, dió origen a la llamada psiconeuroinmunología.

Por otro lado, invocó el poder del espíritu en el proceso de sanación. Para él, “**espíritu**” es el **principio vital**, especialmente en los seres humanos, y es la parte de la vida que tiene que ver con el sentimiento y la motivación. Por eso, trabajar con el espíritu significa “reforzar nuestra conexión con ese principio vital, significa preguntarnos por qué estamos en este planeta y cuál es nuestro propio y particular propósito en la vida, el propósito más elevado.” (Simonton y Henson, 1993. p 27). Y concluyó que la mente se usa más eficazmente en procesos de sanación, si se es consciente

del espíritu, porque éste nos brinda recursos a los que no podemos tener acceso con los enfoques psicológicos tradicionales.

En su Centro generaba un ambiente donde el paciente se sintiera seguro, cómodo y protegido, física y emocionalmente. Y aunque advertía que el programa aplicado ahí no era sustituto de terapias médicas, las consideraba un agente de colaboración con el tratamiento para que los pacientes descubrieran su propio y particular camino hacia la curación. Utilizaba **grupos de autoayuda**, donde la expresión emocional y la solidaridad facilitaban la catarsis. En dichos grupos, se les enseñaba a los participantes a conectarse con sus necesidades y a pedir lo que necesitaban clara y directamente. Y un requisito para los asistentes al Centro era que llegaran y permanecieran acompañados por una persona de apoyo (familiar, amistad, etc) con quien se realizaba una alianza.

Comprendía la situación del **familiar**, quien podría vivir un amplio espectro emocional, desde la frustración porque no mejora o no se adhiere al tratamiento el enfermo; o porque empieza a actuar de modos incomprensibles o distintos; el miedo de que el paciente empeore, no se recupere pronto, que presione sus finanzas, o que modifique su rutina; la culpa por no haber prestado atención antes al enfermo o por relaciones inarmónicas o eventos del pasado no resueltos.

Insistía en que toda **enfermedad**, no sólo cáncer sino cualquier otra, podía ser decodificada como **un mensaje** que expresaba el estrés por situaciones vitales previas; estilos de vida poco sanos; sentimientos bloqueados o negativos; creencias erróneas y desequilibrios en las áreas de juego, recreo, ocio, descanso; también mostraba la dificultad para pedir ayuda en situaciones particulares. Por otro lado, la enfermedad fue explorada por él en los **beneficios** que le aportaba al paciente, ya fuera que éste los reconociera o no, como: la posibilidad de atender áreas personales; obtener amor y atención; suspender límites o reglas; libertad para reenforzar la vida; evadir situaciones, personas, actividades; observar la culpa y resentimientos; dejar de intentar ser quiénes no somos.

Dentro de su método, explicaba que trabajar con sistemas de creencias no significaba sustituir un pensamiento negativo con uno positivo, sino con uno realista, más integrado para evitar disonancias cognitivo-emocionales, es decir, evitar que lo que uno siente no coincida con lo que piensa. El **cambio en el sistema de creencias** es un proceso porque la creencia nueva suele parecerle equivocada al paciente o su familia. Por ello era importante utilizar la **meditación, visualización y relajación**, favoreciendo un ambiente donde los cambios concretos en su salud y vida fueran posibles.

Sin embargo, el objetivo más importante era dotar al enfermo de recursos internos en su conversión de un sujeto pasivo frente a su padecimiento, a un **sujeto activo**, que no sólo fuera “combativo” frente al diagnóstico, sino que cultivara la esperanza y ya fuera que se curara o no, que **sanara su vida**.

Algunos **temas** significativos dentro de la agenda del Centro eran: **1)** la conversión del paciente en administrador de la propia salud; **2)** el papel del médico y la relación médico-paciente; **3)** sanar relaciones importantes; **4)** culpa, error, autoridad y control; **5)** propósito en la vida; **6)** voluntad de vivir; **7)** creencias y realidades malignas; **8)** trato con familiares y amigos; **9)** la familia

como sistema de apoyo; **10**) la principal persona de apoyo; **11**) la respuesta ante la recurrencia; **12**) la religión como camino.

El desarrollo de sus ideas fue plasmado en dos libros, principalmente: *Recuperar la salud* (1990) y *Sanar es un viaje* (1993).

2.2.2 Siegel.

Por su parte, el médico Bernard **Siegel**, M.D., mejor conocido como Bernie, es un cirujano pediatra retirado. Nacido en 1932, continúa una activa vida viajando por diversos estados de la Unión Americana, dando conferencias y cursos. Es el fundador, junto con su esposa Bobbie, del concepto y asociación “ECaP” o “**Exceptional Cancer Patients**” (Pacientes Excepcionales de Cáncer). Sus principales postulados pueden resumirse de este modo: (Siegel, 1990)

1. La autocuración es una habilidad natural. Es una capacidad innata de sanar. No excluye las intervenciones médicas, pero las complementa.
2. Las emociones como amor, júbilo, esperanza y paz interior tienen consecuencias fisiológicas “positivas”, igual que la depresión y desesperación las tienen “negativas”.
3. Existe una relación “consciencia-factores psicosociales”. Por lo tanto, la curación involucra actitudes y la función inmunitaria. Los estilos de vida, así como los sentimientos que crean alteraciones químicas en el cuerpo, son importantes promotores o no, de la salud. Factores como el perdón de heridas emocionales tempranas, enfrentar nuestra sombra psicológica, aceptar el dolor, sufrimiento, pérdidas y usarlos para autotransformación generan paz y ésta a su vez refuerza la función inmunitaria.
4. Los mecanismos de curación son los mismos para todas las enfermedades, para todos los pacientes y para todos los médicos.
5. Recursos como los sueños, relatos y dibujos de personas demuestran cómo las emociones curan enfermedades y sanan vidas. Meditar y escribir diarios ayudan a conectar con la autocuración.
6. La enfermedad tiene un valor; es un regalo y desafío para sanar en una dimensión espiritual y llegar a la paz interior. Detrás de la enfermedad hay una energía inmovilizada. Cuando el conflicto se libera, el sistema inmunitario promueve la curación (resuelve el problema físico). Quienes se sienten culpables o fracasados por causarse enfermedades, se autodestruyen.
7. La curación se refiere al estado físico o cuerpo de la persona y no es lo mismo que la sanación, que tiene que ver con el estado de la propia vida o del organismo total. Por lo tanto existen pacientes de cáncer curados con una vida insalubre, o tetrapléjicos sanados. Asimismo, una vida “sanada” puede incluir, como subproducto, una curación física.
8. La medicina puede enfocarse no en la atención de la enfermedad y muerte, sino en la salud y vida. Se puede enseñar a la gente a valerse de los “fármacos maravillosos” dentro de cada uno (endorfinas, neuropéptidos).
9. La enfermedad y el sufrimiento pueden sanar no sólo al individuo sino también a la sociedad.
10. Las remisiones espontáneas o curación autoinducida nos demuestran la conexión mente-cuerpo, e implican un cambio existencial y una modificación en el sistema de creencias. La

investigación de esta conexión mente-cuerpo ha sido realizada a través del efecto placebo, donde se comprueba el valor de la esperanza, la fé en la terapia, o el médico.

11. Por lo tanto, las ideas, sugerencias, símbolos, placebos, risa, oración, ejercicio, meditación, visualización, compañía de animales o práctica de actividades placenteras, son recursos para mejorar la salud y favorecer la curación. Técnicas específicas como la sugestión hipnótica, biofeedback, relajación autoinducida, yoga, respiración, entre otras son útiles. Producen paz interior, aquietan la mente, generan amor, alegría, y favorecen la trascendencia del yo.
12. Esta trascendencia del yo puede ser identificada con una superinteligencia dentro de nosotros, que organiza un único sistema de recuperación.
13. La psicoterapia ha probado ser un instrumento útil para la sanación y curación de pacientes, porque ayuda a liberar material reprimido.
14. Algunos elementos que ayudan a modificar actitudes perjudiciales para la salud son: a) practicar la respuesta de relajación, contra los efectos hormonales dañinos del estrés; b) la sensación del individuo de que puede controlar su pensamiento y su vida; c) un sentimiento de alegría y entusiasmo (más que un espíritu combativo); d) relaciones armónicas y de confianza con el médico y con la propia pareja; e) expresión de cólera, mejor que de resignación pasiva. Esta cólera es liberada en ambiente de seguridad en lugar de convertirse en resentimiento y odio reprimido; f) sana expresión cotidiana de todos los sentimientos. Al respecto, el físico cuántico Stewart Wolf menciona que el miedo afecta a los electrones y el amor, a los fotones.
15. Los beneficios de la enfermedad (ganancias secundarias o “neuróticas” dirían los psicólogos) para el propio enfermo son: satisfacer sus necesidades; manipular o agredir; autocastigarse o medio de expiación.
16. La respuesta de relajación del organismo permite reducir el ritmo cardiaco, el metabolismo, el consumo de oxígeno, la respiración, la presión sanguínea, la tensión muscular y la actividad cerebral (generalmente lleva a la frecuencia alfa). Puede ser usada como medicina preventiva. Cuando la relajación se acompaña de ejercicios de visualización, pueden reducir los niveles de colesterol e incrementar el flujo de sangre hacia el corazón. Ciertos tipos de oración, respiración abdominal, meditación trascendental y concentración mental pasiva centran la mente en el aquí y ahora. Entonces se favorece la curación espiritual.
17. La visualización es un tipo de meditación con imágenes, donde se pone a trabajar la imaginación para crear imágenes de lo que uno está tratando de lograr. Tiene el potencial para mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario. También se le llama autohipnosis o trance autoinducido.
18. El lenguaje verbal (palabras), es una función del hemisferio izquierdo. Este lenguaje genera imágenes mentales en el hemisferio derecho, quien estimula al sistema nervioso autónomo dándole mensajes significativos. De este modo, influye en la salivación, latido cardiaco, tensión muscular, resistencia galvánica de la piel, NIVEL DE GLUCOSA EN LA SANGRE, actividad gastrointestinal, formación de ampollas, presión sanguínea y respiración. A través del Sistema Nervioso Autónomo, se puede influir sobre el sistema muscular e incluso el sistema ósea. La imagen tiene capacidad para alterar el caudal sanguíneo y los niveles de neuropéptidos. De ahí la frase “las palabras son tan capaces de matar, como de sanar”. Y los

sistemas de creencias, repetidos una y otra vez, generan respuestas orgánicas por implicar imágenes mentales.

19. Sin embargo, los sentimientos de esperanza y amor son quizás más poderosos que cualquier visualización.
20. Los animales de compañía pueden influir en nuestro ritmo cardiaco y presión sanguínea.
21. Un buen programa de atención al paciente puede combinar la quimioterapia (u otro tratamiento médico) con fantasía guiada, meditación, dieta y ejercicio.
22. El médico ideal es aquél que entendiera que la enfermedad es algo más que una mera entidad clínica, sino una experiencia y metáfora, con un mensaje que es preciso escuchar. Generalmente este mensaje nos dice que nos hemos apartado de nuestro camino o expresión auténtica del ser interior. Sólo escuchando este mensaje, puede el médico ayudar al paciente a movilizar todos sus poderes internos sanadores. Siegel (1990, p 148) cita a un anciano indio Mohawk, Ernie Benedict, quien afirmaba: “la medicina del doctor blanco es muy mecánica. Al paciente lo reparan, pero no es una persona mejor que antes. En el estilo de los indios es posible ser mejor persona después de haber pasado por una enfermedad tratada con la medicina adecuada”.
23. El médico actual, educado muy deficientemente, se caracteriza por: a) su distancia “profesional”, quien trata como expedientes o casos a los pacientes; b) su falta de capacitación para dar malas noticias en medicina; c) su desconocimiento e inhabilidad para manejar sus propias emociones.
24. Frente a este panorama, Siegel propone enseñar a los estudiantes de medicina y residentes, cursos de comunicación para que aprendan a comunicar el diagnóstico a los pacientes; para que sepan escribir folletos informativos sobre enfermedades o tratamientos, en lenguaje no especializado; para que puedan responder a preguntas y dudas de enfermos crónicos, agudos, terminales; para que puedan externar sus propias emociones. También sugiere que el estudiante pudiera visitar en su casa a enfermos crónicos para que observaran cómo la evolución natural de la enfermedad afecta la vida del paciente y de su familia. Esto ayudaría a humanizar la labor médica, donde observa que “hay una compulsión a curar y los médicos destruyen lo que no pueden curar.” En lugar de que comuniquen con empatía malas noticias, lo hacen descarnadamente (“la verdad sin compasión es hostilidad”). Anota que “los médicos que tratan de esta manera a sus pacientes los envían directamente a los brazos de los charlatanes. Es necesario que la profesión médica tenga conciencia de la responsabilidad que le cabe en la promoción del charlatanismo cada vez que retira la esperanza, y la acepte”.
25. Desde su práctica profesional, escuchó algunas peticiones de pacientes hospitalizados a sus médicos: “dígales que me dejen hablar primero a mí”; “dígales que me llamen a la puerta antes de entrar”; “dígales que saluden y se despidan”; “dígales que cuando hablen conmigo, me miren a los ojos”. Y estas demandas expresan la necesidad del enfermo, de ser tratado como persona y no como un objeto de experimentación, o un número de cama.
26. Sugiere un cambio en la percepción del personal de salud, especialmente de los médicos, con respecto a sus alcances y limitaciones: “lo único que los pacientes me piden es que los atienda, no que los cure. Y saldré de allí sintiéndome mejor, reinstalado en mi condición humana, capaz de aceptar mis límites”. Y esto es muy importante, considerando que las

presiones a los que se ven sometidos, y su incapacidad de expresión emocional y manejo del estrés, ha resultado, paradójicamente, en índices muy elevados de alcoholismo, automedicación y otras conductas destructivas.

27. Los grupos de apoyo a pacientes, son muy útiles para ayudarles a expresar emociones y conectarse con el amor. Esto es relevante porque se ha descubierto una relación entre experiencias en la infancia de maltrato físico y psicológico, y predisposición a actitudes de desesperanza y desvalimiento. Para promover actitudes sanas frente a enfermedad, tratamientos médicos, e intervenciones quirúrgicas, es necesario un trabajo personal. Igualmente, los grupos son importantes como estrategias preventivas porque se sabe que los hábitos de tensión nerviosa, actitudes familiares hostiles o de indiferencia y relaciones interpersonales insatisfactorias predisponen a enfermedades.
28. Aspira a que el enfoque de la medicina del futuro se oriente a resolver problemas de calidad de vida, más que de enfermedad, derrota y muerte.
29. Descubrió que muchos enfermos necesitan saber cómo vivir entre una visita y otra, y como una respuesta a esa necesidad colectiva, él creó una estrategia a la que pudieran adherirse.
30. Uno de sus conceptos más desarrollado es el de Pacientes Excepcionales (no sólo de cáncer). El los caracteriza así: a) usan el diagnóstico como el acicate para empezar a vivir, y entonces se sienten demasiado bien como para morir. b) usan la enfermedad como medio para descubrir el amor incondicional para sí o para otros. c) no tratan de no morir. Tratan de vivir hasta que se mueran. Entonces son un éxito, no importa cuál sea el desenlace de su enfermedad porque han conseguido sanar su vida aunque no hayan curado su enfermedad. d) saben que nuestras pruebas tienen algo que enseñarnos, que la enfermedad tiene algo que decirnos. e) intentan descifrar el mensaje de nuestro ser interior que se manifiesta en la enfermedad, como una expresión de la amorosa inteligencia de la energía. f) al aceptar la enfermedad como un reto y un regalo, se produce el milagro de sanar interiormente porque vuelven a encontrar el camino de regreso a su propio ser. g) frente a diagnósticos o pronósticos difíciles, lloran, sufren un rato y luego organizan su “estrategia de bienestar”. h) visitan al médico con una lista de preguntas, exigen que se les informe sobre opciones de tratamiento e intervenciones médicas. Insisten en saber cómo pueden participar en el proceso que les lleve a sanar. Son participativos y responsables. No son sumisos, porque están luchando por su vida. i) expresan directamente sus preferencias y necesidades. j) pueden pedir y aceptar ayuda. k) tienen sentido del humor l) buscan un significado o sentido de vida y una vez que lo encuentran, se involucran en éste. m) aceptan y/o buscan apoyo social. n) a la vez que son combativos, que se responsabilizan de su actitud, del modo en que viven su vida y del trato que le dan a su cuerpo, saben que no controlan el resultado de la enfermedad: “puedo tener la esperanza de un milagro, pero no puedo hacer que suceda”. o) del anterior postulado, se deriva su paz interior: hacen lo que les corresponde y van aceptando lo que venga. p) son excepcionales porque viven a la altura de su potencial único, personal y finalmente la enfermedad es un camino para la autorrealización e individuación.. se preguntan ¿para qué estoy aquí? ¿cuál es el significado que le doy a mi existencia? No hacen elecciones egoístas, pero hacen lo que es correcto para ellos...en palabras de Jung, “sólo después de mi enfermedad aprendí lo importante que es afirmar el propio destino”.

31. Siegel concluye: “El resultado final de nuestra enfermedad trasciende los límites de nuestro poder, y debemos aprender donde están los límites”, por lo tanto, anota que una combinación de espíritu combativo y fé es el mejor mecanismo de supervivencia.

Estas dos visiones, la de Simonton y Siegel, inspiraron en Cálevi la necesidad de **incidir** en el sistema de salud mexicano, **a través de educar al personal de salud, pacientes y familiares** para lograr una participación más consciente en los procesos de salud-enfermedad de la población en general.

2.3 Ontogonía.

Es un metamodelo para desarrollar la consciencia humana, incrementando sus niveles de energía.

En el caso de la metodología Calevi, Ontogonía nos ha proporcionado una explicación y técnicas para el desarrollo de la persona. Nos explica cómo es que se puede realizar la función de Trascendencia. Al revisar la cosmogonía en Ontogonía, podemos entender por qué la Trascendencia, la Liberación y la Transmutación son necesidades y funciones humanas universales y también nos ayuda a comprender por qué, a pesar de ser necesidades humanas, no se ha fomentado su utilización en la población en general.

2.3.1 Definición.

Ontogonía significa , etimológicamente, Ontos- Ser Gonos- Realización. Ontogonía es la búsqueda de la realización del Ser. Por realización, entendemos el proceso para experimentar todo el potencial de lo que somos. (De León, 2003, p xv).

2.3.2 La Cosmogonía ontogónica.

Tiene 7 principios que son:

- 1.** Existe una realidad original, la cual contiene el potencial de infinita manifestación.
 - a)** Esta realidad contiene el potencial de masa, energía, tiempo y espacio, por lo que está más allá de eso y es algo más que eso.
 - b)** Esta realidad ha sido llamada Naturaleza Divina, Chispa Divina, Verdadera Naturaleza, Paramashiva, la Base o Kunzhi, Mar Original, Brahmán, el Principio o Bereshit, según distintas religiones.
 - c)** Para las escuelas que consideran un “Dios personal”, ese principio fue creado por Dios.
 - d)** Para las escuelas “impersonales”, este principio es Dios.

- 2.** Esta realidad original tiene tres aspectos:
 - a)** El que contiene.
 - Es como un vaso infinito.
 - En Kabbalah este aspecto está relacionado con Ain Sof, que da origen a los Vasos de la creación.
 - En Budismo, este aspecto está asociado con el Vacío de la Base.

- En Shaivismo, este aspecto es Mahakala o Mahakali, según la escuela.
 - b)** El que es contenido.
 - Este es la energía en sus infinitas formas.
 - En Kabbalah, se asocia con Ain Sof Ur, la luz infinita que llena los Vasos.
 - En Budismo, es el aspecto de la Energía de la Base.
 - En el Shaivismo, es la Shakti o energía cósmica.
 - c)** El que se da cuenta.
 - Es el Observador, el sujeto en la creación.
 - En Kabbalah se asocia con Ain.
 - En el Budismo se asocia con el aspecto de Claridad o Luminosidad de la Base.
 - En Shaivismo, es Shiva, el ser eterno.
3. De esta realidad original ha surgido y continúa surgiendo todo tipo de experiencia y realidad.
 - Esta continua creación y transformación es guiada y provocada por la Inteligencia divina.
 - La creación es un fenómeno continuo y constante en el aquí y ahora, es un flujo eterno de experiencias y realidades.
 4. El ser humano, como todo ser consciente, puede llegar a participar en el acto de creación.
 - a)** Normalmente el ser humano vive dentro de una realidad “congelada”, que se repite una y otra vez con variantes secundarias. Esto no permite el libre albedrío.
 - b)** Una persona puede descongelar su realidad y empezar a recrearla; para esto, es necesario que la persona regrese al aquí y ahora y se ponga en contacto con el principio original, trascendiendo de esa manera su realidad e incluso a sí misma.
 5. El sufrimiento humano proviene de vivir separado de su verdadera naturaleza.
 - a)** Ignorar (no sólo intelectualmente sino también específica y experiencialmente) nuestra verdadera naturaleza y capacidad de expansión y recreación nos mantiene en una realidad concreta, limitada, solidificada que actúa como un punto de referencia y como una jaula o cárcel de experiencia, la cual corta enormemente nuestra capacidad de crecimiento, evolución y en especial de gozo.
 - b)** Ese estado de separación en la tradición judeocristiana es llamado pecado, que significa incompleto.
 - c)** Vivir en ese estado de separación es vivir en un estado de supervivencia regido por miedo y estancamiento.
 - d)** Vivir en un estado de unión o comunión es vivir en placer y crecimiento.
 6. Podremos erradicar el sufrimiento si regresamos a nuestra verdadera naturaleza y recreamos esta realidad.
 - a)** Si cultivamos el contacto con nuestra verdadera naturaleza, podremos poco a poco liberarnos de la jaula de realidad solidificada que inconscientemente hemos heredado de nuestro medio ambiente social y familiar, que mantenemos de modo inconsciente y que a su vez heredamos a nuestros hijos.
 - b)** Para erradicar por completo el sufrimiento excesivo de este planeta, se necesita que una gran parte de la población regrese a su verdadera naturaleza. Esto quiere decir que necesitamos una “masa crítica” de cambio.

- c) Podemos cambiar poco a poco nuestra vida aprendiendo a transformar lo que está a nuestro alcance, con poder y responsabilidad y reconociendo lo que no podemos cambiar sino sólo aceptar.
7. El crecimiento de una persona puede ser medido en dos parámetros: amor y libertad. Estas dos cualidades son el fruto de un crecimiento real y sólido a través de cualquier camino e implican el desarrollo de la persona en las siguientes áreas clave:
- Observación.
 - Experimentar el aquí y ahora, aceptando el flujo siempre cambiante de experiencias, la impermanencia de los fenómenos.
 - Claridad de entendimiento o sabiduría.
 - Aceptación de la experiencia tal como se presenta sin juzgar o rechazar o buscar agregarle algo.
 - Asimilación consciente de la experiencia.
 - Asimilación total de la experiencia en la medida de nuestra capacidad.
 - No apegarse a la experiencia o a las cosas o a las personas.
 - Expandir nuestra energía y capacidad.
 - No considerar nuestra experiencia la única válida o la más importante.
 - Tener presente la conexión con todos y el todo, recordando que nadie existe por sí mismo.
 - Crecer para beneficiar a otros y formar parte de la “masa crítica” para el cambio planetario.

Derivado también de los postulados de la mecánica cuántica, Carlos de León sintetiza estos **principios:** (2003. p 18)

- 1) La unidad de todas las cosas.
- 2) La naturaleza holográfica del universo.
- 3) El universo como gran Gestalt.
- 4) La sincronicidad de los eventos.
- 5) Lo relativo o interdependencia de los fenómenos.
- 6) Lo ilusorio de la masa y de los fenómenos.
- 7) El significado se esconde en la historia de los eventos, no en los hechos.
- 8) La realidad es una interacción de los fenómenos con el observador.
- 9) La realidad es más grande de lo que percibimos, ya que el observador ha sido moldeado y limitado por su medio ambiente.
- 10) La realidad percibida es una actualización de una probabilidad de eventos.
- 11) El universo y los sistemas contenidos en él cuentan con un principio de autoorganización.
- 12) El caos guarda patrones de orden escondidos.
- 13) La realidad es un continuo de espacio-tiempo, masa-energía, caos-orden, observador-observado, conciencia-energía.
- 14) La realidad es movimiento, flujo, pulsos, ritmo y patrones.
- 15) La conciencia es una experiencia de coherencia y unidad.

2.3.3 Niveles de realidad.

Con estos principios, De León explica el movimiento de creación y el surgimiento de múltiples niveles de realidad en el ser humano: (De León, 2003. p 3-12).

1. Existencia de un origen último.
 - Puede ser nombrado Dios, Diosa, Innombrable, Incognoscible, en Kabbalah abarca los tres aspectos divinos de Ain, Ain Sof y Ain Sof Ur, los aspectos creativos de Dios. Para él, esta realidad es impenetrable, aunque podemos entender algo de ello a través de nuestra existencia y creación. Su definición favorita es “Dios es Amor”.
 - Esta realidad da origen y sostiene cualquier otra realidad.
 - La meta evolutiva humana es unificarnos conscientemente con el principio de Todo.

2. La existencia de una base común a todo lo creado.
 - Todo el universo creado surge de una base común. Esta base es lo más cercano a Dios y es la realidad pura.
 - Esta base es el campo potencial de donde toda realidad se origina y en donde se soporta.
 - Esa base ha sido nombrada como Kunzhi, Adam Kadmon, Esencia Divina, Naturaleza Pura, Verdadero Potencial, Conciencia Pura, Paramashiva, Presencia Divina, Campo Arquetípico Original, Tao, etc. En el caso de la perspectiva humanista, ésta daría origen a la llamada “Sabiduría Organísmica”.
 - En la perspectiva del Budismo Tibetano, esta base está formada por tres elementos:
 - Naturaleza, que es Vacío y mantiene la interdependencia de todos los fenómenos.
 - Esencia, que es Claridad y mantiene la capacidad de conciencia en la creación.
 - Energía, que es manifestación sin límite de todo tipo de realidades, las cuales son potencialmente expresión de amor sin límite.
 - Es la creación no manifiesta.

3. La existencia de una “nada” que actúa como puente entre la base y la creación manifestada.
 - a) Esta nada es llamada en tantra el Mahasunnya o Gran Vacío, es una realidad de “ausencia” que va a ser llenada por todo tipo de manifestaciones de energía y conciencia, es la “nada” del Génesis bíblico.
 - b) Desde la Base, esta nada es vista como el espacio de manifestación.
 - c) Desde la manifestación, esta nada puede verse en tres formas, según la escuela:
 - *Como el puente hacia la Base.
 - *Como la meta espiritual, ya que su vivencia lleva al individuo a una disolución del ego y a un estado de fusión y olvido bendito.
 - *Como la realidad última de Caos y destrucción.
 - d) En ontogonía se observa como el puente a la Base y, aunque apreciamos su valor como una experiencia de muerte del ego y purificación de los venenos espirituales, no es el último paso de crecimiento, el cual sería la unificación total con la Base.

4. La energía cósmica como la primera realidad manifestada.
- a) Es la materia prima de toda realidad manifestada.
 - b) La Energía Cósmica va de la mano con la Conciencia Cósmica; en un principio, ésta es inconsciente y después por medio de seres conscientes, tal Conciencia Cósmica despierta de esta manera: la conciencia (al manifestarse en la energía) sube los siguientes escalones evolutivos:
 - i) *Básico*. Es el estado puro de la energía cósmica.
 - ii) *Mineral*. Cuando la energía cósmica se manifiesta, o sea cuando se diferencia y materializa: incluye los niveles subatómicos, atómicos y moleculares de la materia inorgánica.
 - iii) *Vegetal*. Existe una actividad más perceptual que motora.
 - iv) *Animal*. La energía es más libre en su proceso de expresión, pero sigue dependiendo de su medio ambiente para sobrevivir.
 - v) *Mental*. Surge por primera vez el sentido de un Yo, separado de la creación. Surge la capacidad para cambiar el medio ambiente y para experimentar con él. Por la inmadurez de este Yo, es normal perder armonía con la naturaleza. Esto es míticamente explicado con la caída de Adán y Eva del paraíso. Actualmente, la mayoría de las personas en este planeta finaliza su desarrollo en este estado.
 - vi) *Intuitivo*. Aquí empieza un estado evolutivo mayor para la raza humana, cuando los hemisferios cerebrales funcionan más armónicamente y hay una búsqueda de la armonía perdida. Comienza también una parte del desarrollo espiritual.
 - vii) *Total*. La conciencia individual se vuelve unificada, pero ahora conscientemente con la energía cósmica. El individuo adquiere una conciencia cósmica y se experimenta la verdadera identidad; se encuentra al Self, o Ser Interno. La evolución continúa en otra dinámica.

Para De León, existe una **ley en la evolución** de la Conciencia: un nivel incluye en sí mismo los niveles anteriores. Por ejemplo, en un organismo humano existe el nivel mental, pero también vegetal (que se observa en sus órganos internos), mineral (procesos bioquímicos en su cuerpo) y de energía (cuerpo de vitalidad). Otra ley de conciencia subraya que no nos podemos unir conscientemente a la energía cósmica si regresamos al nivel básico. Sólo podemos unirnos a ella evolucionando a nivel total.

El nivel total **implica:**

- A) El Objeto (prakriti) y Sujeto (purusha) Universal, de acuerdo a Yoga.
 - B) El ying-yang Taoísta.
 - C) El arquetipo central Junguiano, el Self.
 - D) Una realidad sin tiempo ni masa.
5. Surgimiento del tiempo y partículas primordiales de masa.
- a) Surgen la diferenciación y los primeros patrones de realidad.
 - b) Psicológicamente hablando, surgen todos los arquetipos principales junguianos:

- La jornada.
- La muerte y el renacimiento.
- El héroe.
- El adversario.
- El ánima
- El animus.

c) en Tantra se dice que en este nivel surge la realidad de Maya, por la que perdemos la experiencia de unidad.

d) Aquí surge por primera vez la experiencia de un ego individual, que en Tantra se llama Chit, el ser consciente que también puede ser llamado nuestro Espíritu.

6. Manifestación de múltiples dimensiones y estructuras sutiles de la persona. Después de Chit se manifiestan estas estructuras de conciencia que conforman el Alma, y que van de la más sutil a la más densa:

a) Buddhi. Es la mente alta o intelecto, la capacidad de la persona para discernir. Aquí se graban las impresiones kármicas mentales, que en Tantra se llaman Sámskaras.

b) Ahamkara. Es el nivel de percepción de sí mismo. Y es por ello, el origen del egoísmo.

c) Manas. La mente dual que evalúa la realidad haciendo innumerables comparaciones. Al evaluar constantemente, Manas se convierte en un filtro de la realidad, limitando nuestra experiencia en ésta. Por eso los humanos vemos la realidad dual. La mayoría de los humanos nos identificamos sólo con este modo de percepción, y de ahí originamos nuestra identidad: “soy esto, pero no lo otro”.

d) Sentidos sutiles.

7. Manifestación de estructuras sutiles íntimamente relacionadas con el cuerpo físico. Aquí tenemos las estructuras de energía sutil que acompañan la existencia de un cuerpo físico y que surgen en el momento de la concepción humana. En una escala de sutil a denso tenemos:

a) cuerpo de ensoñación o doble, conocido también como cuerpo astral. Con éste el individuo experimenta separaciones conscientes de su cuerpo físico y puede visitar lugares físicos y/o sutiles con él.

b) doble etérico o cuerpo de vitalidad. Es la energía de vida del físico. Se divide en sutil (canales de yoga y chakras) y denso (canales o meridianos de acupuntura).

8. El cuerpo físico. También posee niveles de densidad, siendo el más sutil el sistema nervioso y endocrino; y el más denso, el sistema óseo.

2.3.4 El proceso de muerte, desde Ontogonía.

Para efectos del trabajo en el acompañamiento a los pacientes, donde algunos transitan hacia la agonía y muerte, la explicación, desde esta perspectiva es como sigue: (De León, 2003, p 50-52)

“El doble es más sutil que el cuerpo de vitalidad y se llama así por ser una réplica exacta del cuerpo físico. El doble está empalmado al físico, pero en otra dimensión o nivel de energía. .. el doble se puede separar del físico e ir a distintos lugares que tienen una realidad física o sutil; puede materializarse y ser visible en el mundo físico. La ciencia parapsicológica (y yo agregaría, que en todas las religiones se habla de este fenómeno místico o “milagro” que realizan algunos “santos”, “iluminados”, “gurús” o “maestros”) llama a este fenómeno “bilocación” porque la persona aparece en dos lugares al mismo tiempo”.

Respecto a la muerte:

“El doble es el responsable de las apariciones de seres queridos que vienen a despedirse en el momento en que mueren, muchas veces a cientos de kilómetros de distancia. A diferencia del cuerpo de vitalidad, el doble tiene una conciencia y acción independiente e incluso es más sabio que el físico, ya que su campo de acción es el inconsciente del físico. El doble es el yo del inconsciente. Es también conocido como el cuerpo de los sueños, ya que, a través del lenguaje simbólico de éstos, se comunica con el físico. Tanto el cuerpo físico como el de vitalidad y el doble empiezan su existencia, al mismo tiempo, durante la concepción. Cuando el físico y el cuerpo de vitalidad se separan en la muerte, el doble por lo general continúa vivo por algún tiempo (no más de tres meses) para terminar de despedirse del mundo físico y para hacer una transición paulatina y adecuada de la conciencia física al alma. Cuando el alma ha integrado totalmente las experiencias y la identidad de la persona física fallecida, el doble muere y se desvanece; entonces el alma queda libre para ir a los planos espirituales o cielos y continuar su evolución. Pero cuando existe demasiado apego al mundo físico, a personas o propiedades, el doble se alucina y se niega a transferir su conciencia al alma. Decide quedarse en su mundo intermedio; éstas son las llamadas almas en pena; los fantasmas que tienen acción propia y con los cuales es posible comunicarse. De hecho, es frecuente que lo intenten. A veces, hasta entran a cuerpos físicos para sentirse vivos, para lograr finalizar sus asuntos o para satisfacer sus deseos carnales y tener contacto con sus apegos. De ahí muchos casos de posesión”.

Esta explicación, totalmente sin sentido para la ciencia positivista y muy posible para la teoría matemática de universos paralelos, o para la física cuántica, está en la base de muchas creencias religiosas, metafísicas y chamánicas. Nuestra población mexicana, tan variada, tiene creencias y prácticas que se conectan con estos postulados. Como facilitador o acompañante de procesos grupales y personales de crecimiento humano, no tenemos que creer en esta explicación, pero necesitamos tener puntos de referencia para comprender otras percepciones del mundo.

2.3.4.1 La aportación de Ring y las Experiencias Cercanas a la Muerte.

Y a propósito de los procesos de muerte, resalta por su interés las llamadas NDE (Near Death Experiences) o ECM (Experiencias Cercanas a la Muerte), estudiadas por el doctor estadounidense Kenneth Ring (1986). Este investigador genera una interesante polémica respecto a

la visión médica de la conciencia como función exclusiva del cerebro humano; y respecto a la transformación de los valores existenciales en personas que estuvieron clínicamente muertas y regresaron a la vida.

Con respecto a la conciencia, Ring recopiló metódicamente los testimonios de individuos que fueron declarados clínicamente muertos. En la ortodoxia médica de 1980, la falta de actividad cerebral, la falta de actividad cardíaca y la ausencia de respiración mayor a 3 minutos, derivaba en la categoría “clínicamente muerto”. Del total de casos que estudiaron, la tercera parte de ellos relataba percepciones, mientras para el mundo médico habían estado muertos. Las circunstancias de muerte variaban desde infartos en el quirófano mientras les eran practicadas cirugías, accidentes, crímenes, etc. Algunos “muertos” vueltos a la vida eran creyentes en alguna religión, otros eran ateos. Unos eran científicos, otros no. Sus edades, nacionalidades, grados de escolaridad, condición previa de salud, sistemas de creencias filosóficas, ocupaciones y estilos de vida eran diversos. Algunos describían con mucha precisión las reacciones que quienes los rodeaban tuvieron hacia su muerte. Otros escuchaban las palabras que decían los testigos, unos “veían” claramente lo que sucedía en el escenario de su muerte. Cuando Ring y su equipo de investigadores contrastaron la información aportada por quienes murieron, con lo que vivieron los testigos que estuvieron en el momento y lugar de esas muertes, la coincidencia fue asombrosa.

Entonces la pregunta obligada es ¿cómo puede una persona declarada clínicamente muerta percibir lo que está sucediendo, si el cerebro no manifiesta actividad alguna, de acuerdo al electroencefalógrafo? La conclusión inmediata toca la frontera de la metafísica: **la conciencia va más allá del cerebro y sistema nervioso; o existe una conciencia más allá de la muerte.** Por supuesto, esta investigación no agota la polémica al respecto, más bien, abre muchas interrogantes para ser estudiadas.

Adicionalmente, Ring realizó un seguimiento de algunos de los “muertos que volvieron a la vida” y descubrió que sus **valores éticos** se habían **modificado** significativamente: incrementaron su aprecio por lo cotidiano y por la naturaleza; descubrieron que ayudar a los demás, tenerles paciencia, tolerancia, amor, percibir empáticamente los problemas de otros, comprenderlos y aceptarlos era más importante que antes; en dicho grupo disminuyó su necesidad de causar buena impresión, ser famoso, o interesarse por lo que otros piensen de uno; se redujo su interés por bienes materiales, por alcanzar un nivel de vida superior, éxito material; la necesidad de alcanzar una conciencia superior, buscar un sentido a la vida, descubrir y asumir un propósito en la vida, explorar la introspección, comprensión de uno mismo y búsqueda de propias respuestas se incrementó. Por otro lado, aumentó su comprensión de postulados espirituales universales y dejaban de adherirse sectaria o fanáticamente a una religión, culto o a “un único camino hacia lo divino”, aceptando que hay muchos modos y formas de acercarse al Ser Trascendente.

En resumen, los individuos que fueron declarados **clínicamente muertos y regresaron a la vida**, mostraron mayoritariamente un **tránsito** de lo que Maslow denominaba **valores D** (por déficit o carencia) a los **valores S** (del Ser o trascendentes). De estos resultados, se desprenden variadas posturas filosóficas y psicológicas que pueden converger en visiones místicas y transpersonales: la trascendencia es una facultad o tendencia humana más allá de factores

económicos, políticos, sociales, culturales, etc. Es un derecho y componente intrínseco humano universal, una tendencia evolutiva de la consciencia humana.

La pregunta para la educación es, ¿cómo promover los valores más elevados del ser humano, en condiciones sociales no óptimas? Específicamente en el ámbito de la educación para la salud **¿cómo aprovechar los problemas de salud mayoritarios en la población como vehículos de transformación personal y colectiva?** No tenemos que esperar a vivir una experiencia de casi muerte para promover la trascendencia, es posible usar nuestras limitantes en la salud como catalizadores del despertar de la conciencia, transformando nuestras vidas y promoviendo existencias más plenas en otros.

Por otro lado, los conceptos anteriormente expuestos permiten explicarnos procesos “paranormales” que algunas personas experimentan, como resultado de la muerte de sus seres cercanos, en lugar de invalidar las vivencias que algunos pacientes y/o familiares relatan con cierta frecuencia.

Sin embargo, el ámbito de lo humano es complejo y variado y, al margen de las posibilidades de trascendencia, es un hecho que nuestra sociedad es altamente neurótica. Según la OMS, los niveles de **neurosis** en las poblaciones urbanas llegan a **más del 80%**. Entonces es necesario atender a la población no sólo desde la perspectiva de su potencial, sino desde su realidad limitada. En este sentido, es imprescindible desbloquear la neurosis. Y desde la perspectiva de De León, existe una explicación y una solución, como anotamos enseguida.

2.3.5 Obstáculos al crecimiento o Neurosis.

De León cree, igual que muchas escuelas de pensamiento, religiosas o no, que el ser humano posee un principio de crecimiento, de expansión y placer, de armonía, salud, felicidad, amor y un modo de cargar y descargar la energía corporal completamente. Cuando este principio primario se bloquea, aparece el principio secundario. Este principio secundario es estancamiento, dolor, desarmonía, enfermedad, tristeza, temor y un modo de cargar y descargar la energía corporal incompleto.

Y la dinámica del bloqueo del principio primario la explica de este modo: (De León, 2003, p 125-127)

- 1.** Adquirimos CA (complejos Alienígenas o cápsulas de energía traumática) cuando enfrentamos una situación imposible de asimilar en el aquí y ahora. Esta imposibilidad se debe a que la experiencia fue sobrecargada, ambivalente, confusa, dolorosa, inconsciente o alguna combinación de estas condiciones.

- 2.** Los CA contienen un recuerdo vivo de la experiencia no asimilada, así como una o varias directrices de realidad que pueden presentarse como conclusiones, sugerencias, creencias, tabúes, etc, resultantes del impacto en la experiencia traumática sobre la persona.

- 3.** Los CA actúan como filtros de nuestra realidad. Vemos el mundo de acuerdo con nuestros CA.

- 4.** Los CA contienen, de forma potencial, un aprendizaje personal y existencial, el cual brotará espontáneamente cuando la persona asimile el CA.

5. Cada CA ha bloqueado la experiencia de placer en la vida, pero cuando es asimilado y desaparece, el placer empieza a brotar en la experiencia consciente; a veces, durante la terapia, brota inmediatamente y otras veces, en la cotidianidad, poco a poco. A veces brota en ambos casos.

6. Cada CA representa un aspecto mutilado u olvidado de la persona, el cual es recuperado al asimilarlo. Cuando esto sucede, literalmente la persona se transmuta y reorganiza en su totalidad.

7. No se puede encontrar un CA aislado. Siempre interactúa con otros CA y con la personalidad entera.

8. Los CA tienden a organizarse en paquetes o cadenas bajo un tema común; cada paquete tiene un CA fundamental que sostiene toda la cadena. Cuando este CA fundamental es asimilado, el resto del paquete se asimila de forma espontánea.

9. Los CA primarios definen la caracterología de la persona así como la dirección principal de su vida; están íntimamente relacionados con los samskaras del alma y, por lo tanto, con patrones de realidad originados en otras vidas.

10. Los CA primarios deben ser asimilados para que exista la posibilidad de terminar de raíz con el filtraje de realidad que hacemos a través de la neurosis, proceso al que se llama romper la caracterología.

11. Cuando el material de los CA resuena por afinidad con una energía y experiencia externas, tienden éstos a sobrecargarse al absorber esa energía. Si no se descarga el exceso, la persona puede sufrir una regresión catártica involuntaria. El cuerpo emplea mecanismos de defensa para evitarlo, pero entonces la energía excesiva se descarga a través de exabruptos neuróticos e incluso tics físicos o fantasías neuróticas.

12. Por este principio de resonancia, la persona se ve empujada inconscientemente a buscar situaciones que retroalimenten su neurosis. Este fenómeno fue llamado por Freud "la compulsión a la repetición de la neurosis".

13. Cuando los CA adquieren demasiada fuerza, la identidad de la persona es depositada por entero en ellos, lo cual hace que viva bajo un ego totalmente falso y parcial. Normalmente todos vivimos una identidad fragmentada. Una parte de ella se encuentra depositada en los CA y otra, en aspectos más sanos de la personalidad.

14. Cuando la acción neurótica se vive como algo externo a ella misma, proyecta esa neurosis en los demás o en orígenes seudomísticos como demonios o entidades que la tientan o poseen. Esta posición existencial, además de ser muy peligrosa para la persona y los demás, impide el hecho mismo de ofrecer terapia.

15. La neurosis puede alcanzar tal magnitud que la persona piensa que no podrá cambiar.

16. Los CA producen rompimientos en la experiencia, falta de contacto, dolor y estancamiento. Su integración consciente remedia esas afecciones.

2.3.6 Principios de psicoterapia ontogónica.

Con el objeto de resolver estos bloqueos, la psicoterapia ontogónica, se basa en estos principios: (De León, 2003, p 208)

- 1) Sobrecargar. El libre flujo de conciencia y energía de la persona se ha estancado, se ha solidificado y para ayudar a liberar ese flujo, se utiliza la persona del terapeuta, una técnica adecuada y una intervención para hacer evidente ese estancamiento. Como resultado de la sobrecarga, se abre la posibilidad de que la persona descargue o mueva la energía solidificada de su flujo personal. Por ejemplo: se usa una postura, un modo de respiración, una frase, etc.

- 2) Permitir. Es favorecer la dinámica espontánea que surja por la sobrecarga. No se reprime ni se controla. Sólo se dirige en caso de que la persona esté en riesgo de lastimarse o lastimar a otros. Por ejemplo, un acceso de llanto, un grito, una carcajada, una necesidad de golpear (se dirige a un cojín), etc.
- 3) Observar. Todo el tiempo se pide que esté atento a lo que sucede dentro y fuera de sí mismo, que esté consciente de lo que le pasa: sus sensaciones, sentimientos, pensamientos, reacciones, modo de relacionarse, etc.
- 4) Integrar. La totalidad del material trabajado, sentido, pensado, actuado se va reorganizando espontáneamente en el momento pero también después de la intervención; en sueños, después de algunos días. Eso significa que la persona se va conociendo, entendiendo y transformando poco a poco.

2.3.7 Dzogchen y la ausencia de realización de la Verdadera Naturaleza.

Además de resolver la neurosis, Ontogonía supone que existe una dificultad para identificar y desarrollar el contacto individual con la llamada “**Verdadera Naturaleza**”, lo que atrapa al ser humano en el sufrimiento y le impide liberarse. De este modo explica De León (2013, p 94-98) el problema conocido como “**Ausencia de realización de nuestra verdadera naturaleza.**”

“Según los caminos espirituales que proponen una solución final al sufrimiento humano a través de la liberación o la salvación divina, todos nuestros problemas existen porque vivimos alejados, inconscientes de nuestro origen y verdadera naturaleza. Esta ignorancia fundamental nos hace existir en un mundo fragmentado y caótico, creando realidades llenas de sufrimiento y neurosis. Baste señalar la enseñanza de los 13 puntos de **Dzogchen** (una de las lecciones más eminentes de la cultura tibetana) acerca de la verdadera naturaleza:

1. Todos los fenómenos son efímeros. Los fenómenos son agregados de nuestra verdadera naturaleza, pero a diferencia de ella en sí misma, éstos no son permanentes. Gran parte de nuestros problemas ocurren por no reconocer esta enseñanza. Por ejemplo, mucha gente vive negando el fenómeno de la muerte y trata de convencerse de que vivirá para siempre. De esta forma evaden su responsabilidad y dan la espalda al aquí y ahora.
2. En Samsara (existencia llena de sufrimiento e ignorancia fundamental) todo parece importante, pero no lo es. El principio de la importancia personal es la exagerada identificación con los agregados y el olvido de la verdadera naturaleza.
3. La realidad de Samsara es el sufrimiento, dado por la incapacidad de satisfacción, pues estamos regidos por vassanas o deseos inconscientes que, por su misma naturaleza inconsciente, no se pueden limpiar.
4. El origen de los vassanas son los samskaras (fijaciones mentales que denotan experiencias no resueltas). Estos constituyen la base de nuestro karma (ley de causa y efecto, la cual nos mantiene atadas en un juego de deudas y méritos, interminables) y nuestra neurosis.
5. Samsara es dualidad y Nirvana (estado que trasciende el Samsara y, por lo tanto, el karma) es unidad. En Nirvana experimentamos el vacío de todas las cosas; se trasciende el karma y se limpian los vassanas. Sin embargo, el Nirvana en sí mismo no es suficiente para la

liberación, pues hace falta el aspecto de claridad dado por la naturaleza de la Base (en Dzogchen, la realidad primaria es llamada Base o kunzhi, en tibetano).

La **Base** es la realidad permanente, el terreno fundamental de existencia, increada, inmutable, omnipresente y liberada por sí misma. Se podrían usar símiles para entenderla como:

1. Una esfera vasta como el espacio infinito.
2. Awareness omnipresente, como el gran globo terrestre.
3. Conciencia eterna, como una montaña.
4. Conciencia que se refleja a sí misma, clara y brillante como una lámpara.
5. Conciencia pura y clara, como un cristal, y vacía de discriminación.
6. Como un cielo sin nubes, sin límites.
7. Como un océano sin olas, libre de diferencias.
8. Como un río de agua fosforescente, limpio y fluido.

La **Base** tiene tres partes:

- Esencia (Ngd-Bo)
- Naturaleza (Rang-Bzhin)
- Energía o poder o compasión (Thogs-Rie) La unión.

Esencia; es vacía (Sunyata) sin samskaras, primordialmente pura. Se le llama Madre (Ma). La esencia da origen a Dharmakaya (plano de la conciencia dentro de la tradición tibetana). La esencia da origen también al vacío de los fenómenos, lo cual significa que ningún objeto o sujeto existe de forma independiente. Todo está interconectado. Es imposible aislar un objeto de la existencia. El observador y lo observado están íntimamente relacionados y conforman una unidad.

Naturaleza; es claridad luminosa, espontáneamente perfeccionada. No tiene conceptos. Se le llama el Hijo (Bu). Da origen a Sambhogokaya (el plano de la energía en la tradición tibetana). En sí misma es awareness primordial, awareness despierta (Rigpa).

Energía o poder o compasión. Es el flujo sin límites de manifestación. Se le llama la Unión (de Ma y Bu). La energía se manifiesta en tres aspectos:

Dan: como es infinita, la energía toma forma y color por los samskaras, así como un cristal transparente toma el color de la superficie en que se apoya. Corresponde a *Dharmakaya*.

Rolba: es la manifestación en *Sambhogokaya* y se ve como los reflejos de los objetos que podemos observar en la superficie de un cristal.

Zal: es la manifestación en *Nirmanakaya* (plano físico, dentro de la tradición tibetana), y semeja los rayos de colores que salen de un prisma. El cristal, los reflejos y los rayos son nuestra energía, pero en samsara los vemos como objetos externos.

Tanto Samsara como Nirvana están sostenidos por nuestra verdadera naturaleza, a la cual le llamamos Rigpa.

Rigpa es la experiencia consciente de la Base y también awareness despierta, presencia pura, instantánea, awareness intrínseca, conciencia pura, vacía y perfecta, compasión sin límites u obstrucción, unión de vacío y claridad. También se llama Boddhicitta Trascendente (mientras que Boddhicitta relativa es el intento consciente de buscar la liberación de todos los seres sintientes y de uno mismo).

Rigpa tiene **cinco cualidades** o sabidurías:

- sabiduría vacía o de espacio o de entender el vacío.
- sabiduría de espejo o clara.
- sabiduría discriminativa o no engañada.
- sabiduría de igualdad o sin separación.
- sabiduría espontáneamente perfecta o de omnilogos.

Nos relacionamos con **Samsara por medio de sems** (mente o conciencia dual) y con **Nirvana cuando se trasciende sems**. La parte de nuestra conciencia que se relaciona con la fugacidad y dualidad es sems, y muchas veces caemos en el error de creer que sólo somos eso. Necesitamos educar a sems para poder trascenderla. Nirvana es un buen campo para sembrar la semilla de Rigpa. Al penetrar en el vacío de Nirvana es más fácil penetrar en la luminosidad intrínseca y por lo tanto en Rigpa.

El fruto de la realización es el conocimiento de nuestra verdadera naturaleza. Rigpa sostiene toda experiencia y, cuando es consciente, perfecciona o completa toda la experiencia.

La experiencia se vive y se entiende “tal como es”, trascendiendo Samsara y Nirvana, samskaras y vassanas. Toda dualidad. Y nos unifica totalmente con la experiencia en el aquí y ahora. La perfección o **liberación** personal consiste en que **toda experiencia se completa instantáneamente y se satisface en el aquí y ahora**. La meta se alcanza por la combinación de la práctica y la Gracia. La práctica ocurre en el mundo de los fenómenos. La Gracia es intrínseca a nuestra naturaleza y se le puede despertar por el camino y/o por la Gracia personal de un maestro. La meta final es el Cuerpo de Luz, el cual permite una liberación y perfección de todas las dimensiones, así como la capacidad de ayudar al universo de muchas formas y con una compasión sin límite. El Cuerpo de Luz implica la creación de un cuerpo alquímico, en el cual se unifican todos los niveles de conciencia de la persona, incluso el más físico, permitiendo así la sobrevivencia de la individualidad iluminada, fuera de toda realidad samsárica. En la tradición bíblica se le llama el Cuerpo de Resurrección. Podemos concluir que en la medida en que la persona despierta a la experiencia consciente de su verdadera naturaleza, no sólo recupera significado, sino también su verdadero ser y su herencia divina de amor y libertad. De esta forma, llega a un estado de liberación total.”

Esto nos explica, entonces, no sólo la **posibilidad** de la Trascendencia, sino la **de Liberación**.

2.3.8 Metas y niveles en psicoterapia.

Por ello es que De León describe siete **niveles y metas** en las distintas **intervenciones psicoterapéuticas**, actualmente: (De León, 2003, p 199-204)

- 1) De crisis o emergencia. Diseñadas para afrontar un problema intenso en pocas sesiones, que pueden poner en peligro la vida como un intento suicida, abusos sexuales, violencia, entre otros.
- 2) De apoyo, estrés, cambios de conducta específicos. Dirigidas a descargar el estrés.
- 3) De remoción de hábitos o síntomas. Cuando una persona se da cuenta que tiene hábitos destructivos y decide cambiar. No profundiza en el origen de esas conductas sino sólo desea cambiar una programación de actitudes por otras.
- 4) Reeducativa, estilo de vida, adicciones. Aquí el usuario está dispuesto a explorar todo el estilo de vida en el que se desarrollo un hábito o comportamiento. Implica cambios no sólo en la conducta, sino en el sistema de creencias, modo de relación con otros, etc.
- 5) Reestructuración reconstructiva; procesos personales. Se analiza la historia personal, el origen de conductas, estilos de vida, sistemas de creencias, heridas básicas, la base de la personalidad. Generalmente son procesos largos.
- 6) Significado. Cuestiona profundamente el significado de la realidad, la visión y vocación personales, el para qué de la vida personal, de la enfermedad, la vejez, la muerte, el sufrimiento. Toca aspectos espirituales y explora la trascendencia.
- 7) Liberación. Su objetivo es promover la liberación total e integral de la persona, no sólo de la neurosis, sino también de la ignorancia básica de nuestra Verdadera Naturaleza. Libera todo el potencial humano, en la escala evolutiva más alta.

3. CONTENIDOS Y TEMARIOS DE CALEVI.

Las metas anteriormente mencionadas suenan muy lejanas para el común de los mortales. Por ello es que, humildemente, Cálevi promueve las siguientes **funciones** en sus participantes:

- a) Reconexión corporal: sensaciones.
- b) Reconexión emocional: sentimientos.
- c) Reconexión mental: observación de pensamientos.
- d) Reconexión social: observación de modos de interacción.
- e) Observación de hábitos.
- f) Descarga o catarsis.
- g) Examen, cuestionamiento y transformación de sistemas de creencias.
- h) Práctica de habilidades de interacción social.
- i) Modificación de estilos de vida.
- j) Búsqueda y práctica de recursos internos.
- k) Práctica de técnicas para visualización, meditación, manejo de sueños, ejercicio físico, desarrollo de creatividad, etc.
- l) Formación de facilitadores para el manejo de grupos para la salud integral.

Algunos de los **temas** importantes para **pacientes** son: (Domit, 1992)

1. Salud holística. Integración mente-cuerpo-espíritu.
2. Soy un enfermo o tengo un problema de salud?
3. Efecto de la tensión en la salud.
4. ¿Tengo algún control sobre mi salud?
5. Tengo miedo.
6. Conciencia. El observador.
7. El ser interno. Sabiduría interior.
8. Regreso del propio poder personal.
9. Presencia en el aquí y ahora.
- 10 Problemática del paciente I. Desbloqueo de sentimientos y emociones.

Validación.

11. Problemática del paciente II. Desbloqueo de creencias y beneficios de la enfermedad.
12. Problemática del paciente III. Sentido de la vida, sufrimiento y dolor.
13. Problemática del paciente IV. Relaciones humanas y comunicación.
14. Contacto y satisfacción de las propias necesidades.
15. El perdón. Influencia del resentimiento en la salud.
16. La muerte. El temor a la propia muerte. Cómo ayudar a un moribundo.
17. Crisis: oportunidad de crecimiento. El flujo de la vida.
18. Etapas de autotransformación.
19. La familia. Emociones. Comunicación. Estrategias.

En el caso de los **familiares**, algunos **temas** que se abordan son:

1. Roles y funciones.
2. Cómo ayudar.
3. Relación con el paciente.
4. Estrategia familiar.
5. Metas de la socialización.
6. Comunicación y manejo de conflictos.
7. Familiogramas.
8. Disfunciones familiares más frecuentes.
9. La evolución de la familia en México.
10. La enfermedad y la familia.
11. Tabúes y secretos familiares.
12. La muerte y la familia.
13. Burn out. Cuidando al cuidador.

En el caso del **personal de salud**, la temática implica:

1. *Burn out*.
2. La dinámica del paciente-familiar-personal de salud.
3. Descarga y expresión emocional.
4. Recursos internos del personal de salud.
5. Manejo de conflictos.
6. Tres ámbitos de expectativas.
7. La enfermedad aguda, la enfermedad crónica, la muerte.
8. Transferencia y contratransferencia.

CAPITULO VIII.

UNA INTERVENCIÓN EN DESARROLLO HUMANO TRANSPERSONAL
PARA ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA TRASCENDENCIA:

EL PROGRAMA DE APOYO PARA EL PACIENTE AMBULATORIO CON DIABETES MELLITUS Y SUS FAMILIARES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DOCTOR EDUARDO LICEAGA” O.D.

*“La enfermedad no es sólo del
cuerpo, sino del alma*

*Y la calidad de vida empieza en la
aceptación de la enfermedad.*

*No nos juzguemos por lo que
sentimos. Tenemos que aprender a expresar,*

*Y descargarlos para que no nos
afecten. Tenemos muchos recursos internos
frente a la enfermedad.*

*Si me hago responsable de lo que
me pasa, puedo ser un apoyo para mí y para
otros”.*

Josefina Arenas y Rosas.

“Me quise matar

Y llegué aquí con la facilitadora.

Y gracias a la Meditación y su apoyo...”

Caso 55.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

Con el fin de preservar cierto grado de objetividad descriptiva, citamos la perspectiva de un observador externo. En efecto, en octubre del año 1999, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Política de Comunicación y Evaluación, dependiente de la Dirección General de Comunicación Social, realizó un diagnóstico situacional de grupos para control de personas con diabetes, en diferentes lugares del país. Como resultado de éste se generó el documento llamado “Modelos de Atención para Control de Pacientes Diabéticos”. (Secretaría de Salud, 1999).

Esta es la descripción textual que la citada dependencia realizó sobre el “Modelo de atención en el Hospital General de México”.

“Hospital General de México.

- El Hospital General de México cuenta en el área de consulta externa con un Curso-Taller para pacientes ambulatorios que padecen diabetes Tipo II, básicamente.
- Surge por la necesidad de orientar y capacitar a los pacientes diabéticos para el automonitoreo y control.
- La coordinadora del curso es médico general de consulta externa.
- Este curso se formaliza en 1997, retomando las líneas del programa de información para población abierta en salas de espera, iniciado en 1982 y que se suspendió con el sismo de 85.

- En un principio, el equipo de instructores se organizó con médicos de diferentes especialidades que participaron como grupo multidisciplinario dando pláticas programadas por la coordinadora. Cuentan también con la colaboración de CALEVI A.C.
- Actualmente existen dos equipos de trabajo: el multidisciplinario y otro integrado por educadores en diabetes, que se coordinan para impartir el Curso-Taller básico y el de reforzamiento. En ambos casos participa CALEVI.
- El Curso-Taller básico tiene una duración de 4 meses, con una sesión de hora y media a dos horas, cada martes en horario matutino. Debido a la demanda que éste ha tenido, se implementó otro programa de reforzamiento los jueves. Este programa está iniciando y todavía no hay definición sobre su duración. La idea del curso de reforzamiento, es abrir un espacio de apoyo a los pacientes del curso básico que desean continuar recibiendo ayuda y asesoría.
- Es muy importante destacar el papel de la asociación civil CALEVI, (Calidad Excepcional de Vida) que colabora en el Curso-Taller desde su inicio formal en 1997.
- La filosofía de CALEVI, fundada hace 10 años aproximadamente, se apoya en un programa desarrollado en E.U. por médicos que retoman el enfoque humanista del ejercicio de la medicina. Las fundadoras de CALEVI se capacitaron en ese país y han establecido en México un diplomado de 6 meses que se ofrece básicamente a prestadores de salud; puede asistir también cualquier persona interesada en el tema. Este diplomado ya ha sido impartido en los Institutos Nacionales de Cardiología y Nutrición, entre otros.
- En el caso del Hospital General, CALEVI participa a través de una voluntaria, quien asiste cada semana a los cursos y ofrece un programa especial a pacientes con diabetes. Su objetivo es capacitarlos en el manejo de sus emociones y sentimientos para que tengan una mejor calidad de vida.
- El Curso-Taller incluye temas que van desde la descripción de la enfermedad, su fisiología, síntomas, consecuencias, diagnóstico, tratamiento y prácticas de nutrición, hasta el aspecto psicológico que implica la capacitación para el manejo de las emociones. En el curso de reforzamiento los temas los eligen los propios participantes.
- Los cursos cuentan actualmente con un promedio de 20 pacientes cada uno. Existe predominancia de mujeres, debido a que se imparte en horario de trabajo. Los hombres que participan son jubilados o desempleados. Las pacientes en su mayoría son amas de casa y hay algunas comerciantes.
- Los pacientes pueden acudir acompañados de un familiar, esto facilita la sensibilización, conocimiento de la enfermedad y el apoyo a su pariente.
- Para la exposición de los temas se cuenta con equipo como proyectores de transparencias, rotafolios, pizarrón, glucómetro y tiras reactivas (donados por un laboratorio). Cuentan con poco material de promoción, sin embargo las instructoras han diseñado algunos apoyos didácticos con los recursos disponibles.
- Los pacientes tienen una credencial de control e identificación, diseñada por las instructoras, en donde registran sus datos personales, dirección, teléfono, número de expediente, tipo de diabetes, medicamentos, asistencia a las sesiones, peso, presión y glucosa.

- A los pacientes se les realiza glucemia capilar, glucosa, toma de presión y peso cada dos semanas.
- Algunos de los pacientes poseen el nivel de conocimiento necesario para el automonitoreo y control. Demandan sin embargo, que el curso sea continuo y permanente, para permanecer en él.
- Las instructoras consideran que los pacientes están capacitados para desprenderse del grupo y automonitorearse, sin embargo se percibe un vínculo emocional muy fuerte hacia ellas.
- Se ha generado un sentido de pertenencia y convivencia entre los pacientes y hacia las instructoras, que posibilitan en gran medida el control de la enfermedad.
- La visión integral que ofrecen los cursos del Hospital General, obedece a que la coordinadora y su equipo de trabajo proveen a los pacientes de una perspectiva muy completa con conocimientos teórico-prácticos y apoyo psicológico-emocional que les permite asumirse como personas con un problema de salud y no como enfermos.
- Se puede decir que esta visión integral obedece en gran medida a la capacitación de las instructoras formadas como educadoras en diabetes y que además han recibido el diplomado CALEVI. Cabe resaltar que las instructoras realizan esta actividad paralelamente a la consulta externa, que puede ser de 15 a 20 consultas por día, aproximadamente”.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS.

De ese entonces a la fecha, cambios importantes se han observado en la dinámica del Modelo de atención en el Hospital General:

a) Los primeros grupos eran conformados por pacientes **casi obligados** por una de las doctoras fundadora de éste, **para asistir** al grupo. Algunos entrevistados coincidieron en afirmar que la doctora los presionaba bajo amenaza de no darles citas si no acudían para ser educados en su autocuidado. Por supuesto, acudían en mayor número, pero con una actitud de rebeldía, inconformidad y enojo intenso. Esto hacía difícil trabajar con ellos, hasta que poco a poco se iban convenciendo de la utilidad del programa. Entonces terminaban el curso con satisfacción e incluso agradecimiento. Con el tiempo, la doctora se enfermó, se ausentó y posteriormente se jubiló. El factor de **obligación a asistir se diluyó** y otros doctores de consulta externa, que anteriormente mandaban a los pacientes al curso, dejaron de hacerlo.

b) los **pacientes**, especialmente uno de sus líderes, realizaban personalmente una importante labor de **promoción** del grupo. Recorrían las salas de espera de consulta externa invitando y describiendo los beneficios de la asistencia al grupo. Posteriormente el líder principal dejó de hacerlo y se involucró en sus propios intereses. Adicionalmente, la administración del Hospital contrató servicios de **vigilancia** y seguridad, y durante dos años **no permitieron la promoción** verbal ni a través de volantes del grupo, aún cuando es parte de los servicios que el propio hospital ofrece. (increíble, pero cierto).

c) los representantes de algunos **laboratorios** farmacéuticos privados visitaban frecuentemente a las doctoras, ofreciendo sus productos y **donaban** tiras reactivas, glucómetros y

otros productos usados por los diabéticos en su tratamiento. Posteriormente la **política** administrativa dificultó la asistencia de éstos y los **donativos** en especie se **extinguieron**. Esto desmotivó a un tipo de paciente que asistía con la expectativa de recibir material para realizar su automonitoreo de glucosa.

d) en los primeros años, los **pacientes** eran pesados, medidos, se les tomaba la presión arterial y se **monitoreaban** sus cifras de glucosa cada quince días. Para ello contaban con el tiempo y trabajo voluntario de una enfermera del propio hospital. El cambio de adscripción de ella **terminó** con esa labor, porque nadie la sustituyó.

e) distintos médicos **especialistas acudían** a darles pláticas respecto a las complicaciones de la diabetes: nefrólogos, cardiólogos, dermatólogos, odontólogos, ortopedistas, neurólogos, nutriólogos. Actualmente algunos médicos mandan enfermeras o estudiantes a dar esas pláticas; otros **ya no acuden** por exceso de trabajo o falta de interés.

Actualmente los pacientes y familiares **llegan** de modo totalmente voluntario, algunos pocos son motivados por doctores de consulta externa, pero no con carácter de obligatorio, ni bajo presión. En otros casos, los asistentes son remitidos por otros pacientes, que fuera del hospital comentan de este programa. Algunos pacientes observan un poster descriptivo, que se localiza fuera del aula de consulta externa y se acercan por curiosidad o necesidad de recibir orientación. Finalmente, unos son invitados por facilitadoras o miembros del grupo, quienes recorren algunas salas de espera explicándoles brevemente los contenidos y beneficios del programa. Muchos de los participantes **no pueden** asistir al **ciclo completo** de cuatro meses, por trabajar o estudiar en ese horario. (9 a 11 los martes y/o jueves). Entonces la facilitadora desarrolla el **tema en función** de los intereses y necesidades expresados por **el grupo**. Esto requiere del dominio de los contenidos del programa, y de **habilidades de alto nivel** para el manejo de un grupo heterogéneo en conocimiento previo del tema, de niveles de escolaridad variados y de grados de involucramiento distintos en el proceso. Al haberse extinguido motivadores extrínsecos como el material de automonitoreo o la presión para asistir, el único motivo para llegar y permanecer en el grupo, es poder recibir orientación y recursos para elevar su calidad de vida. Con el tiempo y el proceso experimentado, la **camaradería** y pertenencia a un grupo aceptante y cálido van generando un factor más para la asistencia y permanencia.

3. LA FACILITADORA.

La **función de facilitación** de grupos ha sido un elemento básico para el éxito del Programa en el Hospital General. Aunque algunos modelos de educación para la salud enfatizan la función del grupo “autogestivo”, es una realidad que el grupo vive un modelaje y una evolución que proviene del **nivel de consciencia y compromiso** de la facilitadora que, en el caso que nos ocupa, lleva **dieciseis años** ininterrumpidos de presencia responsable en el Hospital General. Su función es **voluntaria** (no recibe un salario, cuota o “compensación económica” alguna). No pertenece al organigrama del Hospital, ni siquiera le han otorgado una credencial que la identifique como voluntaria de la Institución; tampoco cuenta con un carnet oficial del Nosocomio. Es realmente una labor donde aparece y se ha mantenido en bajo perfil, lo que le ha evitado conflictos con la estructura burocrática del hospital, y le permite realizar **eficiente y libremente** su labor.

Entre sus **credenciales** académicas posee un certificado de maestra de inglés, Especialidad en Psicoterapia Gestalt, Diplomado en Habilidades Básicas para el Desarrollo Humano y Diplomado en Desarrollo Humano Transpersonal, ambos de la Universidad Iberoamericana; Diplomado en Formación de Facilitadores en Manejo de Grupos para la Salud Integral, de Calevi; Diplomado en Tanatología, entre otros.

Dentro de las **prácticas** que ha realizado para desarrollar el hemisferio derecho del cerebro, están disciplinas físicas como tai-chi-chuan, kundalini yoga, baile, squash, caminata, tennis, badmington, ping-pong; artísticas como tocar piano, guitarra; actuación en teatro, coreógrafa aficionada, lectura de poesía, distintas artes manuales.

Respecto a su **desempeño profesional**, fue docente de niños, adolescentes y adultos para el aprendizaje del idioma inglés, fue gerente administrativo de un instituto privado, actualmente es la coordinadora administrativa de Calevi y miembro del Consejo de Ancianos de una comunidad espiritual.

Posee en mayor o menor medida, las características personales que Maslow identifica en el perfil de la **persona autorrealizante**:

Está en armonía con la verdad y realidad en todas las esferas de la vida; no se sorprende ni desanima al encontrar defectos en ella o en otros; es espontánea, sencilla y natural; se concentra en problemas, no sólo en sí misma; goza de la soledad; tiene alto grado de autonomía; posee una fresca continua de apreciación; vive experiencias pico; cultiva un sentimiento de hermandad; posee amistades profundas; tiene un sentido ético desarrollado; su carácter tiene una estructura democrática; usa un sentido del humor sin hostilidad; es creativa y tiene resistencia a la presión cultural.

Respecto a sus experiencias personales en relación a la enfermedad y la muerte, acompañó primeramente a su madre, su padre y su suegra en sus procesos de agonía y muerte. Su hijo menor tuvo serios problemas de salud los primeros 5 años de su vida, y ella actuó con serenidad y fortaleza. Posteriormente, acompañó en el duelo a los padres de su sobrino adolescente, muerto en el temblor de la ciudad de México en 1985. Más recientemente, cuidó de tiempo completo a su marido en los últimos tres meses de su vida, y lo apoyó en sus siete años de enfermedad, animándolo a vivir una existencia lo más estimulante posible.

Sus actitudes revelan a una mujer responsable, veraz, amorosa, respetuosa, considerada y de una madurez sobresaliente. Posee y practica las habilidades que el Enfoque Centrado en la Persona enfatiza: es empática, tiende a validar positiva e incondicionalmente a sus semejantes y es tiene actitudes de congruencia. Más adelante mostramos los resultados de la percepción grupal sobre ella, que son unánimamente positivos.

4. TEMAS.

Los temas más frecuentemente revisados en el Programa son:

1. Aspectos generales de la diabetes.
2. Calidad de vida.
3. Tratamiento.
4. Medicamentos.
5. Las insulinas.
6. Manejo del estrés.
7. Manejo emocional.
8. Nutrición.
9. Dieta.
10. Plato del buen comer.
11. Diseño de Menús.
12. Ejercicio.
13. Prevención de complicaciones.
14. Hipertensión
15. Pie diabético.
16. Atención dental.
17. Atención oftalmológica.
18. Insuficiencia Renal Crónica.
19. Cuidados de la piel.
20. Neuropatía.
21. Tabaquismo como factor de riesgo.
22. Recursos internos: relajación, visualización, meditación.
23. Recreación.
24. Impacto de la enfermedad en la familia.
25. Impacto de la enfermedad en el trabajo.
26. Las pérdidas.
27. La muerte.
28. Comunicación intra e interpersonal.
29. Integración y actividades grupales.

5. SESION TIPO.

Generalmente consta de seis partes:

1. Bienvenida.
2. Libre expresión.
3. Desarrollo del tema.
4. Preguntas y consultas.
5. Actividad (ejercicio, visualización, meditación, manualidades, etc)
6. Cierre.

6. METODOLOGÍA.

Está basada en el aprendizaje significativo, que enfatiza la experiencia personal sobre la teoría. Sobre esta experiencia empírica, se construye conocimiento, información y sabiduría. Igualmente, acentúa la adquisición de habilidades como el diseño de menús personales, el automonitoreo de glucosa, de presión arterial, etc. Además subraya la integración de los dos hemisferios cerebrales, al atender tanto el ámbito racional, como el de la intuición, emocional y corporal.

7. AUTOEVALUACIÓN DEL PARTICIPANTE EN RELACIÓN A SU CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

Tratamos de conocer la percepción subjetiva de cada participante en relación a su calidad de vida y a su salud. Realizamos una encuesta sin avisarles, en la penúltima sesión del Programa.

Los resultados que los dieciocho asistentes de ese día al Programa mostraron al preguntarles y pedirles que respondieran por escrito: “del 0 (lo menos) al 10 (lo más) **¿qué tan feliz eres y por qué?**”, son los siguientes: (respuestas transcritas tal cual)

1. **10.** Porque tengo una compañera que me apoya y me acompaña para todo lo que necesito en todo.
2. **10.** Porque soy afortunada de vivir, sentir, desear, amar y experimentar todo con lo que puedo aprender, el ser que ahora soy es resultado de todas mis vivencias tristes o alegres y me siento bien con todo lo que me ha llegado y lo que hago con ello.
3. **5.** Me siento bien con ni diabetes bie la sobreyebo tranquila.
4. **8.** Porque sobrellevo la diabetes con esfuerzo y empeño.
5. **7.** Porque tengo unos buenos padres y me dieron un estudio y un hermano que me apoya.
6. **7.** No he podido resolver situaciones que me duelen y lastiman.
7. **8.** Porque no tengo el tiempo que quisiera para hacer cosas que me gustan como leer, escribir, tomar un curso, altruismo y organizar mejor mis libros y mi casa o viajar. Espero poder hacerlo un día y tener \$ también.
8. **9.** Porque gracias a Dios tengo vida y en esta vida equilibrio mi tiempo para: estudiar en un CECATI, trabajar en cortar cabello, dar servicio en la iglesia. Venir a este curso-taller para apoyar a mi mamá y yo prevenir a futuro en base a mi salud; lo que me tiene intranquila es el no tener a mis sobrinos ya que mi hermana fallecio y estamos hacistiendo a los juzgados porque el papá de ellos no nos deja visitarlos, ni convivir con ellos.
9. **5.** La mitad de feliz que debería o pudiera; porque la gente eque amo hoy por hoy esta. La otra mitad seria mi propia felicidad y no lo soy. Pero sigo aprendiendo.
10. **8.** Porque en mi matrimonio es normal como todos, como mamá es ahí donde me falta y pienso que ese es el motivo por el cual me falta ese 2 o 1 para ser el 10% para ser feliz.
11. **10.** Porque se que Dios esta conmigo y yo con ustedes.
12. **8.** Por mis efermedades y por las enfermades de mi esposa y su familia.

13. **8.** Porque me siento mal de salud y por perdidas de fam. cercana.
14. **4.** Porque no tengo todo lo que quisiera.
15. **10.** En este momento he tenido muy buenas noticias que me han recordado que hay cosas mucho más importantes y mucho mejores que las malas noticias, problemas siempre tenemos y nunca se van a acabar, cuando resolvamos este, llegará otro y otro. Creo que hay que aprender a salir adelante y dar gracias a Dios porque nos da la oportunidad de echarle muchas ganas.
16. **7.** Antes de diciembre yo jugaba básquet y ahora no he hecho ejercicio y me deprimó mucho.
17. **8.** Porque tengo lo necesario y trato de aceptar lo que pasa, enfermedades y problemas.
18. **5.** Porque tengo problemas.

Satisfacción con su salud.

Y al preguntarle al mismo grupo, en la misma sesión, “**¿Estás satisfecho o insatisfecho con tu salud?**”, el grupo respondió de esta manera:

1. **No** estoy satisfecho con mi salud.
2. **Insatisfecha** con mi salud pues porque hay cosas que son resultado de mis hábitos o actitud. Estoy trabajando en ello.
3. Llebo (sic) ni dieta tomo ni medicamento ago ejercicio camino me siento **contenta** conmigo (sic) misma e mi permisma. (sic)
4. **Sí.** Sigo el tratamiento y a veces se me olvida que tengo diabetes. Cuando vengo aquí me siento **a gusto** aunque todo se me olvida.
5. **Satisfecho** porque tengo una vida saludable.
6. Sí estoy **satisfecho** porque no estoy tan mal con los años de enfermo.
7. **Insatisfecha.** Tengo que bajar más de peso y bajará también mi presión. Estoy en el proceso de revisar mis ojos y eso si me tiene satisfecha.
8. Estoy **insatisfecha** porque yo no me he cuidado, y tengo el temor o incertidumbre de desarrollar alguna enfermedad por mi gran descuido. Pero el venir a este curso-taller me hace razonar y darme cuenta de que quiero para el día de mañana con mi salud.
9. **Satisfecha** porque me valgo por mí misma pero yo se que lo que tengo es crónico y mi va a traer serios problemas. Mi **insatisfacción** es porque? (sic) Si yo no me lo busque?
10. Ahora sí estoy **satisfecha** con mi salud, ya que ella me llevo a valorar mi cuerpo, mi salud mi enfermedad. Y sobre todo ver lo bello que es valorar nuestra vida.
11. **Satisfecho.**
12. Si estoy **satisfecho** con mi salud actual.(sic)
13. **No** estoy satisfecha porque no me sé cuidar en mi dieta.
14. **Insatisfecha** porque últimamente no me eh (sic) sentido bien, me eh (sic) sentido muy cansada y débil.
15. **Satisfecho aunque no conforme**, estoy satisfecho porque tengo una salud que me he buscado por mis hábitos y por las decisiones (sic) que he tomado, pero todavía me falta

mucho por hacer para estar completamente conforme, tengo muchos aspectos en que mejorar.

16. Pues yo sé que depende de mí para sentirme bien pero yo ago(sic) dejación y kiero (sic) **echarle ganas pero al momento me desanimo y me detengo**. Por el momento no tengo trabajo y soy padre y madre y a veces siento que me faltan fuerzas para la luchar y no me he hecho estudios y lo único que siento que tengo gastritis.
17. Estoy **satisfecho** porque estoy aceptando la enfermedad.
18. **Satisfecho** porque boy (sic) mensualmente a mis citas y trato de cuidarme.

Notas: el participante número cinco y la número ocho son familiares de pacientes diabéticos. El participante número quince está esperando a su primer hijo. La forma en que cada persona escribió respuestas, es (sic) el modo en que se presenta aquí.

8. EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL USUARIO RESPECTO AL PROGRAMA.

A través de las siguientes preguntas abiertas, la intención era rescatar la experiencia subjetiva de los participantes, al evaluar distintos aspectos del proceso grupal. Algunos participantes salieron un poco antes porque fueron a consulta y no respondieron las preguntas.

¿Qué me gusta del grupo?

1. Aprendizaje para sentirnos mejor cada día.
 - intercambio de experiencias de cada uno.
 - me siento bien cuando asisto.
2. el aprendizaje (sic) general médico y humanístico.
3. la combivencia (sic) y cordialidad.
4. en que todos nos me (sic) escuchan y me ayudan a salir a delante (sic).
5. las relajaciones, el trabajar la (sic) emociones, los ejercicios (sic), el compañerismo.
6. las relajaciones, el trabajar las emociones, los ejercicios, el compañerismo.
7. su espíritu de solidaridad.
8. convivir con todos los compañeros.
9. todo pero lo que más me gusta es su comprensión y respeto; cuando la necesito (sic).
10. la terapia, las amistades que se hacen y sobre todo la gran ayuda que nos brindan.
11. que es grupo de apoyo a la enfermedad sin lucro ni discriminación.
12. que es un grupo ameno y no tienen discriminación para nadie y. (sic)

¿Qué he aprendido?

1. Que debo de ver la vida con alegría aún en los momentos difíciles.
Debo cuidar mi salud, alimentación y también trabajar con las emociones olvidar las negativas, disfrutar las positivas.
2. técnicas prácticas para relajar la retroalimentación como seres humanos y apoyo con las experiencias.
3. a mejorar mi salud.
4. A que la vida es hermosa

5. Eh (sic) aprendido cuidarme con ejercicio y mi alimentación.
Saber también que estando bien emocionalmente.
acer (sic) más responsable conmigo misma.
6. eh (sic) aprendido a saber comer.
a que depende de mi estado emocional influye en mi salud.
a ver los problemas de manera diferente.
7. a tomar consciencia de mí mismo
8. a controlar mis alimentos para mejorar mi salud
9. a manejar mis emociones
10. principalmente ha (sic) conocer sobre todo mi enfermedad como sobrellevarla y principalmente conocerme yo y aceptarme yo.
11. a no preocuparme por la enfermedad.
a llevar una vida mas (sic) amena con la dieta, el medicamento, el ejercicio
12. que debo de tomar el medicamento, comer con medida y lo apropiado hacer ejercicio (sic) (cuidarme yo mismo).

Cinco palabras que describan a la facilitadora (Josy)

1. a) dinámica b) alegre c) cariñosa empática atenta muy preparada (sic).
2. -humana -sensible -puntual -actualizada en la aplicación a la vida diaria de lo que se aprende (sic).
3. Lo máximo no hay palabras para decir todo.
4. Que es una persona llena de amor
De sabiduría e inteligencia
Dulcísima (sic) y mucha fé.
5. Es una persona muy responsable en lo que hace
Tiene mucha experiencia es muy honesta sincera
Y que siempre podemos contar con ella.
6. 1-sabiduría 2-experiencia 3-madurez 4-inteligencia 5-solidaria
7. Solidaria amorosa creativa ética (sic) excelente ser humano.
8. Especial buena amable que entiende los problemas estoy contenta con ella
9. Angel respeto AMOR (sic) comprensión AMOR (sic)
10. No nadamas (sic) sino es hasta mas. Y no hay palabras suficientes para describirla
-es un ser humano maravilloso -es una persona muy alegre
-es una persona que se quita todo para ayudar a otros.
-es un ser humano sencilla, bondadosa, noble, humanitaria, cariñosa con los demás.
-es una gran sicoterapeuta (sic)
11. 11. persona respetuosa atenta y humanitaria.
12. 12. que es atenta respetuosa humanitaria.

¿Cómo puede mejorar el programa?

1. (no respondió.)
2. propaganda.Manta con información hora y día de las clases o agregarla a las ya existentes esos datos.
Por internet mandar información a páginas de radio o programas.
3. con más unidad y comunicación entre nosotros.
4. invitando a mas persona (sic) al grupo.
5. teniendo más partisipación (sic) de médicos.
Hacer ejercicios (sic) que nos ayuden a estar mejor.
Tener mejor información y participar todo el grupo.
6. Yo creo que teniendo más participación de los compañeros
Ser solidarios tener palabras de aliento para los compañeros.
Y a mí me gustaría que hisieramos (sic) un poco mas de ejercicios.
7. Participando
8. los pacientes deberían ser más puntuales.
Propaganda.
9. yo creo que c/un poquito más de unión y coordinación difusión
10. tratar de tener mas tiempo para la sicoterapia.
Hacer mas propaganda para promover mas al grupo.
11. haciendo invitación para incrementar el grupo
12. invitando a mas personas para agrandar el grupo.

Nota. La persona 11 y la 12 son marido y mujer y ella escribe lo mismo que él. Él es diabético y ella no.

CAPITULO IX.

CASOS.

"¿Qué tanto le dicen a mi señora que me la están cambiando?"
Caso 16.

*"se nos acaba el recurso...
A lo mejor le quedaron las tripas pegadas"*
Caso 49.

"y yo les decía: ¡váyanse al diablo!"
Caso 43.

*"impotencia y la única opción es rezar;
me libera de mi frustración y resentimiento
y rezo para que ayude a los doctores"*
Caso 26.

En este capítulo se presentan 59 fragmentos elegidos como unidades que muestran aspectos específicos para analizar. La letra **F** significa facilitadora, es la persona que funje como guía de la sesión y en todos los casos, fue la misma persona. El resto de las iniciales se refieren a participantes, ya sea familiares o pacientes. Para proteger el anonimato de los participantes, se cambió la inicial y/o el nombre de cada uno. Respecto a las doctoras, nos referimos específicamente a cada una, según su participación. Al final de cada fragmento, hacemos comentarios de análisis y conclusiones parciales.

1.

L. Así es, yo tengo 7 años aquí pero yo comprobé por qué me dio cáncer, diabetes e hipertensión; pero yo creo que me afectó más lo emocional. El cáncer lo superé y me revisan cada año. Yo creí que el doctor estaba equivocado. Le dije "no, seguro me voy a morir, voy a traer a toda mi familia". Pero nadie me acompañó. No era tanto el cáncer sino mi mente. Luego tuve una úlcera gastrointestinal y yo creí que era el cáncer otra vez. El médico me dijo, "lo que pasa es que tiene mucho miedo". Aquí comprobé lo que dice la psicología. Mi mente me traiciona más que mi enfermedad. Y miren, a mí no fácilmente me entran las cosas.

F. Y Lolita no sólo ha sido paciente sino coordina. Lo mismo que Fidencio, motiva a los pacientes a que vengan. Cuando uno recibe un beneficio, quiere que otros también se beneficien.

Comentario. Lolita hace referencia a pobreza de salud física, de salud mental en algún grado, de equilibrio que se ubican en necesidades del Ser; de relajarse, mantener el equilibrio biológico, y autoproducirse, en Subsistencia.

También a la pobreza de cuidado y solidaridad en cuanto al Ser; de familia en cuanto al Tener, en Protección. Pobreza de expresar emociones, en Afecto. Pobreza de analizar, y conciencia de la realidad ,en Afecto. Pero también habla de la Trascendencia a través de asumir sus limitaciones, de aceptar su realidad y de Liberación, a través de compartir.

Y transmutó su realidad al convertirla en motivación para que otros se beneficien. En términos de Maslow, su personalidad prefiere estar en contacto con la verdad, que retirarse a soñar con fantasías. Pero esto es fruto de un proceso dialéctico donde primero creó fantasías catastróficas y luego las confrontó con su realidad: *“mi mente me traiciona más que mi enfermedad”*.

2.

F. ¡buenos días,! ¿cómo están?

X. Yo no estoy bien.

F. ¿quieres hablar de tu pérdida? (se refiere a la muerte de su esposa).

X. No la tomaba en cuenta. Como pareja estábamos como perros y gatos, pero perder la salud es otra cosa. Ella me dijo que (llora) yo le tenía lástima. Le dije “no, cómo crees que te tengo lástima. Yo estoy contigo para demostrarte que te quiero”. Pero sí fue doloroso que me dijera esto (llora). Bueno, entonces a veces se componía. Se iba para la casa porque tenían que ponerle transfusiones y plaquetas. La última vez que la vi con vida, estaba en la casa. Me paré temprano, la llevé al baño, se apoyó en mí. El cambio es que yo estaba ahí para lo que se ofreciera porque se ponía malita y había que llevarla al hospital. Desde que se enfermó, yo me sentía inquieto y con miedo y yo tenía esperanzas. Me fui a trabajar y cuando regresé la habían llevado al hospital, a urgencias. Me dijo la esposa de mi cuarto hijo que al final la estuvo apoyando mucho porque ella es joven y fuerte. Ella (esposa) no se sentía tan a gusto con ella por el cómodo y eso y ella se fue acostumbrando a ella y me dijo “la van a internar”. Y luego dijo, “sabe, la van a subir a piso”. Mi nuera se fue con ella y yo me quedé abajo en el hospital. Pasó mi hijo y dijo “¿quién está allá arriba” y era su esposa. El me dijo “¿quién se va a quedar?”. Le dije “yo me quedo. Yo me inyecto insulina pero con un día que no me inyecte no pasa nada”. El bajó y me dijo que qué hacía yo, que no cambiaba. Mis cuatro hijos estaban ahí y me empezaron a agredir porque están muy molestos y resentidos conmigo por el trato que le daba a mi esposa. Y me salí muy desesperado, me empezaron a gritar, se me arrugaron las piernas y me sentí muy triste. Mandé un papelito y no bajaban; otro y no bajaban. Le dije a un señor y me dijo “ya les avisé”. Al rato bajó la trabajadora social y me dijo, “señor, la señora está un poco delicada y no quiere verlo, así que le pido que se retire y venga otro día”. Me dijeron “no te quiere ver, porque dice que le vas a decir del problema”. Pasó una semana y les pedí que le dijeran que quería verla. Llegaron del hospital y mis cuatro hijos iban mal. Me dijo “no, pues ¿sabes qué? Acaba de fallecer mi mamá”. Entonces el ser humano lo primero que hace en esos momentos es llorar y me dijo uno “ni empieces, porque no te queda”. Otro dijo “ya cállate. No le digas nada ahorita”. Tomando en cuenta lo que he aprendido yo, me despedí de ella. Le pedí perdón y le dije que iba a seguir en la casa. Ella me había dicho, “si así discuten, cuando yo no esté...”

F. ¿le pudiste agradecer también?

X. sí, lo que me enseñó, lo que me cuidó.

F. yo creo que todavía te sigue enseñando, ¿no?

X. sí. Mi primer hijo, que casi nunca se mete, me dijo, “sabes, no vayas a la funeraria.” Le dije “sí, no me voy a exponer. “ Pero me habló en la mañana y me dijo “¿sabes? Sí puedes venir”. Llegué, entré y en ese momento no estaban dos de mis hijos pero el que no me apoya, pero al menos no me ataca, me llevó a la caja y delante de ella lo mismo, porque ya le había dicho lleno de emoción, pero ya pude decírselo enfrente, ahí estaba su cuerpo. Al rato llegaron los otros dos y ellos estaban hablando y me dijo, “ven tantito. Yo creo que a mi mamá no le gustaría que estuvieras aquí. Ya vete”. Y dije “sí, nada más me despido del compadre.” Y me dijo “no, ya vete”. Así que ya me fui triste. Así

como me puse ahorita es lo más. No puedo, no puedo. Se me hace un nudo en la garganta y no he podido llorar.

F. ¿cómo te hace sentir que tu veas el resentimiento que ellos tienen hacia ti? En un momento tan delicado salen muchos sentimientos, unos de los que nos damos cuenta y otros de los que no nos damos cuenta.

X. en primera, yo pienso que todos estamos viviendo ese duelo, como cada quien lo vive. Y creo que es válido porque son seres humanos que tienen emociones y les hace daño no decirlo. Yo tengo que pasar por esto...

F. ahora ¿hay algo más que quieras decir o escuchar?

X. no, hoy así estoy bien.

Comentario. Este hombre vivió privaciones de afecto, porque no pudo descargar sus emociones, ni recibió solidaridad de su familia frente a la muerte de su esposa. No le pudo expresar directamente a ella lo que sentía, ni la pudo cuidar dentro del hospital. Fue privado de intimidad con ella,

En cuanto a Participación, se le impidió compartir, cooperar, discrepar, dialogar, opinar y acordar los asuntos relativos a la muerte de su esposa.

Su Identidad quedó en pobreza por falta de pertenencia a su familia en el funeral de ella.

Su libertad quedó en entredicho al no poder optar por estar o no en el funeral y por no poder discrepar con sus hijos.

La Trascendencia radica en que asume, *“yo tengo que pasar por esto”*; en que le pidió perdón y se despidió, aún a distancia. Igualmente, afirma que *“estaba allí para lo que se le ofreciera”*, e implica un cambio de actitud y conducta en la etapa final de vida de su esposa.

3.

F. Buenos días a todos! Tenemos una nueva participante. Qué tal que empezamos presentándonos?

V. Mi nombre es Vicente y tengo diabetes desde hace 22 o 23 años.

D. Yo, desde hace 3 años.

B. Yo tengo 10 años con diabetes.

S. Se ven bien. No tenía conocimiento que hubiera un lugar especial. Yo me conecté por la Revista Diabetes.

Mi nombre es Silvia, María Silvia, me dicen MaSilvia. Soy maestra de enfermería. No me había dado cuenta de la diabetes pero bajaba mucho mucho mi azúcar; no tenía el cuidado porque yo estando bien, siempre estaba del hospital a la escuela, hospital a la escuela, y le decía a mis hijas no es lo mismo la teoría que la práctica porque a mi caso casi me corren porque he tenido problemas muy graves después de mi accidente. Iba manejando y cuando desperté, me detuvo una barda. A mis hijas les dijeron “¿qué pasó? si tenía que estar dando clase.”

Con 26 de glucosa más hipertensión, tengo una pulsera de alerta médica y siempre cargo mi jugo y fruta.

No trabajo. Ha sido para mí un duelo espantoso pero por eso aquí estoy. Acabo de ver que va a haber un congreso de cáncer de mama. Me encanta todo lo que está en relación con el área de salud. Por eso me dicen mis hijas “¿Cómo puede ser tú así”?

F. Desgraciadamente así pasa..

S. Estando yo en el hospital no me sentí bien y le dije a una doctora, “chécame como ando” y teniendo triglicéridos altos, la glucosa en 90, nada más un fin de semana tenía la boca seca seca 1 refresco, nada, agua, nada, una cerveza, nada. Llego al hospital a las dos de la tarde, me aguanto a propósito, tomando la sangre, me voy a comer, regreso y me dicen, “¿cómo andas caminando? Es para que tuvieras infarto y estuvieras metros bajo tierra. Tenía 400 de azúcar y triglicéridos en 900. Iba pasando una doctora y le dijo el director “mira, es un candidato para ti” y la Doctora, era su especialidad. Agarraron a la hora que llegué sentí re feo, llevaba mi taza y cubiertos para cenar, me quitan la taza y me dicen “no puedes comer eso y a partir de hoy te voy a preparar tu cena” y si no está ella, me dan otra dietista. A los tres días me llama la jefa de todo el servicio: “ya no me vas a comer en tu casa, sólo la cena y..

Buenos días, hola!

F. A ver. Vamos a dejar que termine...

S. ... vas a tomar cosas ligeras, como colación; pero aquí a las 2 que entras y a las 7 de la cena preparamos nosotros.. en 15 días bajé triglicéridos de 900 a 400 y en 15 días el azúcar ya estaba normal y estaba con la dieta..

F. Pero se le disparó por..

S. Porque me descuidé.

F. Ahí está la probabilidad de que el régimen alimenticio, bien seguido, da resultado.

S. Sí. También la actividad física. Allá todo el tiempo estaba del tingo al tango; que cambiaba una lámpara, siempre movida . En cambio aquí me sentaba todo el día, ya no hacía ejercicio. Hoy en la mañana tuve 78. Voy como 90, 98, 78.

F. Aquí vemos la importancia de apegarse al tratamiento. Decimos que esta enfermedad no se puede borrar, pero se puede controlar. David, de la última vez que estabas bien a ahora, ¿qué hiciste?

D. Como dice Celi, le entré al pan.. o tuve un susto.

F. Así que la glucosa en sus niveles, como organismo somos un todo. Una parte echada a perder afecta otras. Y tenemos emociones que nos afectan, como estar 14 días sin saber de ti, el impacto nos afecta.

S. Todavía tengo miedo de salir, no quiero hablar con nadie. Ahhhh.. es un desgano que hasta me pregunto para qué vivo.. No tengo nada que hacer. Yo era de agenda y ahora... estoy bien gracias, porque cuenta mucho lo mental pero no tengo ganas de nada, no quiero salir por si me llega a pasar algo. Y mis hijas con constante angustia. Me hablan siempre, ¿dónde estás?, se asustan porque me quieren..

D. Pero si usted se aísla, yo porque ya me jubilé lo pensé así del principio, de todos modos si me va a tocar, me va a tocar pero si me muero, mejor no en la cama, mejor traiga el celular.

F. Sí, ésa es la actitud. Pero para llegar ahí, primero hay que ver la emoción, es el miedo..." pero siento miedo; el mío y el que me mandan mis hijas, por cariño, porque se preocupan por mí.." Aquí no es el qué hago, sino qué hacemos.. es el núcleo familiar, y es buenos los tips que nos dice David, el celular y estamos en contacto. Ayer, que fue el aniversario del terremoto decían que hay algunos acuerdos que tomar con nuestras familias: en caso de desastre, ¿dónde nos vamos a encontrar? Tener claves para saber dónde estás y que estás bien. Traes tu pulsera y puedes traer una plaquita con tus datos y no pasar como desconocida. Todas estas experiencias de un accidente nos sirven. Lo primero es, con ayuda del grupo, retomar tu seguridad, pero si estás dando testimonio de tu accidente es tu mismo aprendizaje..

Hola Doctora! Ella es hipoglucémica. No tiene azúcar alta ahora pero una vez se estrelló, iba manejando con glucosa de 26..

Dra. ¿Cómo?

S. Me atendían ya después en Médica Sur porque no tengo seguro de nada y con esta enfermedad no me aseguraron. En este momento no estoy, no tengo seguro. Se me ocurrió sacar un carnet, me llevó a endocrinología..

Dra. Usted tiene que internarse porque le tienen que hacer varios estudios. Puede ser un tumor del páncreas, productor de insulina, después hiperplasia del páncreas con descenso de insulina. Es muy fácil, entre comillas, hacerle un diagnóstico pero sí hay que internarla. Yo la pongo en contacto con cirugía.

S. Aquí, Doctora, todavía se me ve, me hicieron el lunes porque yo era maestra de Conalep en el área de Salud, pero yo trabajo en el Hospital General de He trabajado 5 años y me hicieron cada hora una toma de glucosa y estaba toda morada y sí me urge porque me decían "¿quién te pegó"? amanezco toda morada. Si quisiera, Doctora, sacar un carnet y que alguien me vea si no es tan caro, ya no soy solvente.

Dra. Pero no tiene diagnóstico y la hipoglucemia es un problema grave.

S. Si porque no es de que suba y baje.

Dra. Tome azúcar. Pero eso no nos está funcionando porque eso estimula lo que está produciendo esto de forma normal. Usted es candidata a internarse y me llama mucho la atención que no hayan llegado al diagnóstico.. si tiene un tumor, hay que quitarlo..

S. Si Doctora, es que en el Angeles, no me gusta hablar mal de donde como pero mientras más se tarden, más dinero sacan. Me hicieron una tomografía ..

Dra. ¿de acá? (señala su vientre)

S. no. En Médica Sur me atendió la Dra. Por escrito me puso “puede hacer su vida normal, incluso manejar”.

Dra. ¿cuánto maneja de glucosa?

S. 110, 90.

Dra. La cifra de glucosa más baja ¿de cuánto ha sido?

S. 70.

Dra. ¿y dentro del hospital?

S. Llegué sólo una vez en marzo. Incluso le dije a mis hijas, “avisen porque no hay nada que hacer por su mamá. Ya no sale. Por eso es la angustia de ellas... no te salgas..”

Dra. ¿Y la medición de glucosa?

S. Tres veces ya había desayunado, tengo una amiga de Medicina Interna. Me aislé y llevaba el conteo pero nunca me hacían estudios.

Dra. Quiere decir que sus cifras están por encima de 70.

S. Me ha bajado tres veces, pero cuando pasa, tengo accidentes fuertes. No es constante que siempre me baje. Tengo pastillas efervescentes de azúcar y jugo y fruta. Pero cada mes pago más de mil pesos de consultas .

Dra. ¿y medicinas?

S. Aldometrio para la hipertensión..

Dra. Pero no es para la hipoglucemia.

S. No.

Dra. Bueno, yo creo que para terminar esto, saque su carnet y la pongo en contacto con medicina interna y que le hagan todos los estudios.

S. La primera vez, doctora, estaba pintando en la calle arriba de una escalera, me caí y perdí la memoria..

Dra. ¿no tiene calor? ¿no tiene frío?

S. no.

Dra. Bien, su tarea es juntar todos los estudios que tenga, y yo, ponerla en contacto con endocrinología y se tiene que llegar a un diagnóstico.

F. Y a la vez, en paralelo, empezar a trabajar con todas las emociones que tiene, porque hay miedo, preocupación...

S. estoy bajo tratamiento psiquiátrico..

F. y me dices que eres tanatóloga... Tenemos pérdidas y si no las vamos trabajando, procesando según se van presentando... es un trabajo constante con uno mismo. Cuando nos viene una crisis, creemos que tenemos que trabajarlas especialmente; pero cada día hay una pérdida y aceptar que voy cambiando hábitos, expectativas, viendo el panorama desde otro ángulo.. hay cosas que no puedo cambiar pero lo voy aceptando y vivo el gozo del día y lo vivo intensamente para que no quede nada desde el "hubiera".. Y vamos aceptando cambios .. eso nos da calidad de vida. De todos modos tengo algo de qué dar gracias por todo lo que se nos brinda. A veces pasamos mucho tiempo quejándonos de lo que no tenemos: no tengo salud, pareja, etc.. Pero no contamos nuestras bendiciones. Hasta las desgracias son para agradecer porque son los grandes maestros y cuando vemos esto, nos cambia la vida. Maestros que nos hacen crecer. Cada uno de los que estamos aquí tenemos una historia.

S. .es que mi hija es psicóloga y me dijo que soy bipolar, depresiva y Juan Guillermo me dijo: "es que no estás sola, hay un grupo". A mí me dieron ganas de conocerlos, de saber que hay estas cosas y estoy agradecida de estas cosas. Mis hijas me decían "¿de qué es tu grupo?". Les dije de que compartes por lo que aquí estás. Se habla de esperanza, sin máscaras. Es decir lo que nos duele. Estoy agradecida con Dios, Juan Guillermo, la doctora que me abrió una puertecita porque pensé que todo estaba cerrado. Pensé, "esto no va a tardar mucho". Yo si sé cómo hacerle. Cuando no tenía ninguna puerta donde tocar, apareció esto.

Comentario. Silvia expresa pobreza de Subsistencia (mala salud física y mental, falta de equilibrio); pobreza de Protección (no la aseguraron, atentaron contra derechos en su trabajo, impedida para cuidar de sí misma, vive con la inseguridad de su contorno vital y social). Percibe pobreza de Protección también en su familia, de Participación, de Ocio (de su trabajo al hospital y de regreso), de Creación, de Identidad y de Libertad.

Después de la atención de la Doctora y como efecto de la invitación de la facilitadora, a que agradezca, cuente sus bendiciones y aprenda a través de sus circunstancias, Silvia cambia su discurso, agradeciendo a la Doctora su intervención y descubriendo la esperanza.

Aquí podemos observar la dialéctica, donde 1.la tesis es su discurso inicial: pobreza; 2.antítesis, el apoyo de la doctora y la invitación de la facilitadora; y 3.la síntesis, porque su verbalización final es de agradecimiento y esperanza.

4.

F. Miren, es Juan Angel!

JA. ¿cómo está?

F. Me la cumpliste, que ibas a llegar.

JA. Pero me voy a las once.

F. A la hora que nos vamos todos.

Tenemos aquí a Begonia, que la vemos con cara de placidez y cada vez que habla, decimos, “¿cómo puede ser, con su niño enfermo? y me refleja placidez..

B. Pues sí, pero me costó mucho trabajo, me aislé por mi hijo.. él en su cama y nomás esperaba qué le iba a pasar.. decía, “si me salgo, voy a regresar y lo voy a ver muerto”.. no comía, no dormía.. .. porque para que me diera valor dije, “si yo me muero, ¿quién lo va a ver? ¿Quién lo va a cuidar? .. Me invitaban a una boda, a unos quince años, aquí.. y no. “cuando mi hijo ya no esté, a lo mejor”. Ahora me duele dejarlo pero digo, “voy a venir para aprender, para él y para mí.. “. Gracias a ustedes.

F. Y yo veo que te has fortalecido y te acercas ahora a él, como una mujer llena de vida.

B. ¿se acuerdan que les dije que mi hijo vendía dulces? Y le dije: “termina de vender y cuando ya no tengas, vamos a estar juntos y la vamos a pasar bien”. Mi hijo ya no es candidato a diálisis, ni trasplante de riñón. Nada más para hemodiálisis. Lo prepararon para la fístula. Como mi hijo está todo chuequito, el 18 ya tiene cita en nefro. Me dijo la enfermera que cuando llegue el momento, ellas van a hacer lo que se necesite. Mi hijo tiene cuarenta años, pero es como de doce, no creció. Sé que es un hombre, pero no.

F. Y aquí tenemos a Juan Angel..

JA. Me quedé aquí cuatro meses, ocho operaciones y no me resolvieron nada. Tengo un hoyote, hoy me van a quitar los puntos.

F. ¿les quieres contar algo?

JA. Yo nací con espina bífida. A los veinte días de nacido me operaron. A mi mamá le decían que al mes me moría. ¡Ya se murió mi mamá y el doctor pero aquí sigo! Tengo cuarenta y seis años. Me pusieron cinco catéter en el pecho y ando aquí. Y me faltan todavía dos operaciones más.

F. Y entonces ¿qué decimos?: ¿por qué a mí? ¿por qué me llegó este castigo? Y volteamos y decimos, “gracias por lo que aprendí, por las bendiciones que nos bañan hoy”. Para mí el día de ayer fue muy impactante por los simulacros, porque me tocó el desalojo de un hospital. Fue revivir el problema de hace 30 años. Un sobrino mío de 20 años murió bajo los escombros, pero me hizo reflexionar: gracias a ese evento hay otra visión de la tragedia. En general, tendemos más a la tragedia que al agradecimiento. Nos duelen mucho, pero, ¿nos vamos a quedar en la pérdida, o le vamos a sacar jugo a la circunstancia o a la sensibilidad? y ya lo oímos y vemos aquí: personas sonrientes que nacieron condenadas a la muerte como él, con cuarenta y seis años.

JA. Y de todos los hospitales me corren.

Dra. Es la impotencia del médico. Si ya no pueden hacer nada, pues vete a tu casa..

JA. Así me dijo el director..”vete a tu casa, aquí no hay nada que hacer”.

F. Pero creo que también es el reconocimiento de los límites del hombre, del médico que dice, “¿sabes qué?.. ya”.

B. Pero cuando es por sacar dinero... Cuando mi hijo estaba tan grave, lo saqué de aquí y lo llevé a un particular. Pagaba mil pesos diarios y ya no tenía dinero en tres días. Y el médico me dijo “tu hijo se necesita dializar. Si tienes tierras o propiedades, bien. Si no, llévate a tu hijo porque no lo atendemos”. Porque me pedía diez mil pesos y estaba en el tercer piso.. Para bajarlo, nadie me ayudó. Si tienes dinero, te van a atender. Si no, no lo van a atender.

F. Esa es una realidad. Tendríamos que ahondar en el caso. Vamos a dejarlo aquí. Pero vamos a revisar de qué vamos a dar gracias y pedir bendiciones. Dicen que el pensamiento atrae lo mismo. Si yo aprendo a bendecir y agradecer, atraigo más de lo mismo. Por eso el pensamiento positivo es tan importante. Miren, en quince años que hemos estado aquí, vemos olas, hay gente que viene y va. Hay desánimo y me dicen, “esto ya se está muriendo”. Yo digo: “vamos a seguir dando información y apoyo” y empieza a crecer. Hay una fuerza electromagnética que atrae lo similar. Vamos a verlo desde la perspectiva de la esperanza, de la bendición. Juan Angel dice, “me botan del hospital” y llega en muletas...

JA. Los taxis no me quieren traer, y me vengo en silla de ruedas, 22 cuabras.

F. lo lloro si es necesario, lo sufro y sigo adelante. Las cosas tal vez van a seguir iguales. En lugar de ir dando lástima, nos comparte su optimismo.

JA. Hasta me dicen que pida dinero pero no quiero.

F. Pues gracias por traernos tu vida y compartirla. Todos están expresándose, ¿verdad Lolita?

L. Sí, en mi casa, un señor se murió. Lo mató un carro. Le llevó la cabeza. Murieron todos los del carro donde iba y él se salió, cruzó y lo mató otro carro. La caja la llevaron sellada y digo, a la cita todos llegamos.

JA. O no se muere uno y anda aquí todavía.

L. Y yo veo muchas cosas pero digo, no por eso no voy a llegar a algún lado. Lo acabo de confirmar con mi amigo.

F. Yo recuerdo de un chica que estaba terminando su carrera de odontología. Era muy guapa y vivía cerca de San Juan Ixhuatepec. Ella oyó que había habido una explosión muy fuerte. Su hermana era aeromoza del avión presidencial. Le habló por teléfono y le dijo, “no vamos a quedarnos en la casa, para evitar los riesgos de la explosión”. Se fueron a casa de la abuela y se metieron a bañar. Hubo una fuga de gas en el boiler y ahí murieron las dos. Hubo un cuentito de un señor que le tenía pánico a la muerte y se puso a viajar. Y llegó a un lugar y se encontró con una señora que le dijo: “bienvenido, ya te estaba esperando. Llegas a tiempo. Soy la muerte”. Dice el refrán: del rayo te libras, pero de la raya, jamás. Así que vamos a vivir mientras nos llega la muerte

con aceptación, y hasta alegría. Así es. Yo me genero mala salud, malas relaciones.. ¿qué genero yo? Puedo dejar de ver mi enojo y todo como castigo. Dicen que el único pecado que Dios no perdona es vivir la vida enojado. Dios te dio la vida y el regalo que tú le das a Dios es cómo la vives. ¿Tú que dices, Roberta?

R. Yo he oído que dicen que no se muere el que agoniza sino al que le toca.

F. Así es. Tenemos aquí una compañero que se le cayó su hijo y estuvo conectado y hace dos años la mamá murió y él sigue ahí.

Comentario. B. trascendió su angustia por la enfermedad de su hijo, que le generaba no sólo pobreza de Protección, Afecto, Ocio, Libertad; a través de la Participación y Entendimiento que obtiene en el grupo.

Por otro lado, hace referencia a los usos y costumbres en los Sistemas de Salud privados, que generan pobreza en la Subsistencia, Protección y Afecto de los usuarios con limitaciones económicas.

Respecto a JA., trascendió el pronóstico médico de muerte temprana, la mala salud, la pobreza de Subsistencia, Protección y Afecto, de Participación, Identidad y Libertad.

La facilitadora lo reafirma como modelo de Calidad de Vida por su aspecto sonriente, que revela aceptación y, en algún sentido, satisfacción por estar vivo aún en sus condiciones de pobreza.

En otro aspecto, es interesante la postura de la doctora que asume *“es la impotencia del médico.. si ya no pueden hacer nada, pues vete a tu casa”*. Igual que la empatía de la facilitadora que dice *“es el reconocimiento de los límites del hombre”*, en tanto médico.

Asimismo, L hace referencia a lo imprevisto de la muerte (tesis); JA reafirma lo imprevisto de la vida (antítesis) y R con su frase *“no se muere el que agoniza, sino al que le toca”*, encarna la síntesis.

Con sus ejemplos, la facilitadora había abonado el terreno para la reflexión no sólo sobre la muerte, sino sobre actitudes de trascendencia respecto a las limitaciones físicas y emocionales.

5.

F. ¿Tú qué les puedes decir, Julián?

J. Buenos días. Gracias. Yo soy diabético. Me diagnosticaron desde los veinticinco años de edad. Hoy tengo sesenta y dos. El primer año creí que era el último. Inclusive en la navidad me despedí de mi familia. Pero he constatado que el médico y la cuestión psicológica es importante. Primero conocí lo oral.(se refiere al medicamento, a pastillas). Hoy estoy con insulina. Mis familiares me dijeron *“ve al hospital, hay un grupo de apoyo. Un médico internista me dijo “tus órganos están bien. Es el momento de empezar con insulina”*. Y me deprimí. Pero el grupo me ha ayudado mucho, de 4 años para acá otros más jóvenes que no se estaban controlando, ya se fueron.

(se refiere a que ya murieron),Tuvieron que migrar, ja, ja, ja.. y yo creo que ayuda mucho tener un proyecto de vida, lo principal es el trabajo para mantenerse pero otros objetivos también. Mi papá tenía fotos y ya llevo dos años montando una exposición de cómo era la comunidad. Vengo de un pueblo delante de Toluca, pero la enfermedad pasa a segundo plano. Hay que tener sus citas con el doctor para estar controlado. Hay que darle importancia, pero no tanto. Tengo cerca de treinta y cinco años de padecerla pero aquí aprendí a reconocer los síntomas de cuando el azúcar está muy alta o muy baja. A lo largo de esos cuatro meses que vine, me sirvió mucho. Les digo, he visto personas descontroladas que ya no están. Ya estoy con insulina y muchas personas les hablan de insulina y piensan que es el último paso y se van a morir, pero no es así. Es que la insulina de nuestro cuerpo no es suficiente. Hoy el motivo de mi visita es que gracias a Dios en el Centro de salud me están dando un frasquito, una botellita de lespro y la vengo a ofrecer.

F. Vamos a esperar, Julián, a que llegue la doctora, para que vea a quién le es necesaria.

J. Sí, claro.

Comentario. Julián encarna la trascendencia del miedo a la muerte, donde ya puede hacer bromas al respecto “*tuvieron que migrar*”, *jaja*.

Igualmente trascendió la depresión a través de encontrar un nuevo proyecto de vida, en este caso , su trabajo.

Algo que resulta llamativo, es su reconocimiento al grupo como apoyo en su proceso de adaptación.

Su habilidad para reconocer sus síntomas de azúcar alta o baja sugiere adhesión al tratamiento y en ese sentido, su discurso es una invitación a otros pacientes para adherirse.

Finalmente, su ofrecimiento del medicamento que le sobra es generoso.(tesis). La facilitadora actúa como antítesis al pedirle que espere a la doctora, y es una advertencia contra la automedicación (paradójicamente, problema en adhesión al tratamiento). La síntesis la hará cada paciente, al poner en contacto la intervención de ambos interlocutores.

6.

F. una persona sin diabetes, es una persona que en ayunas debe tener de 70 a 100 o 120.. pero esto es...una medición que debe chequearse repetidamente.. Qué bueno que están atendidos por la doctora Vargas. Esto es como su hobbie. Ella, con otra doctora, crearon este programa porque vieron la necesidad de dar información. ¿Saben ustedes qué es la diabetes?

Y. es una enfermedad degenerativa. Mi abuela era diabética. Iba cada 6 meses a revisarse, nunca tuvo problemas de riñón ni de ojos y mi hermana y mi mamá son diabéticas. Yo creo que llegar aquí es bueno. A veces llegar es un problema. Había una fila muy larga. Llegué seis minutos tarde y me dijo la enfermera “es que el doctor no recibe después de la hora”. Yo le dije “está bien. Si el doctor no está interesado en recibirme, tampoco yo estoy interesado en que me vea”. Reprogramé y me tocó la doctora Vargas. Sé que se tiene que atender y tener actitud de entender y estoy contento de estar en este taller porque creo que me va a ayudar mucho. Yo creo que así está el

éxito en el señor de más de veinte años (de diabético) o la señorita. Y como dice la psicóloga, se encuentra la banqueta rota, pero sí creo que es la actitud.

Comentario. En el señor “Y”, existe ya un Entendimiento de su predisposición genética a padecer diabetes, y un convencimiento de la utilidad del programa.

Expresa un satisfactor violador o destructor: la burocracia que pretende satisfacer la necesidad de Protección pero que imposibilita la necesidad de Subsistencia, Entendimiento y Libertad al no ser atendido por llegar seis minutos tarde, cuando por revisiones de seguridad a la entrada del hospital, las filas llegan a ser larguísimas.

7.

V. A mí me enseñaron que con una raicita me podía curar de muchas cosas, pero no estoy seguro..

J. Fíjense, por mi trabajo, sin afán de ofender a nadie. Pero de lo que se mueren los de juegos mecánicos que van a toda la república, de lo que se mueren, los varones es por accidentes. Pero en primer lugar por la diabetes y por amputación de riñón. Y repito, diabetes porque la forma de vida en la feria, la forma de vida es comida. La feria del mole, de la nieve y la vida sedentaria. O no tengo horario para comer. Yo trabajo para la época de cuaresma hacia el lado de las grutas de Cacahuamilpa con mameyes del tamaño de un balón. Decimos, ¿cómo se va a quedar? ¿cómo se va a desperdiciar? Y con el calor, con la Coca-Cola sí se me quita la sed y alcohol.. Con una caguama se me quita y como mucha comida con mucha grasa. Y luego va mucha gente a los santuarios a invocar salud, pero cuando ya están enfermos. Y sí hay mucho misticismo, primero va uno con la fé del mundo para que me devuelva la salud y afuera el brujo vende las limpias o las pastillas. A mí me han concedido algunos remedios. Me han picado en Guerrero y Morelos alacranes y me dieron remedios. Y hace un mes en una feria venden polvos por kilo. ¿Para qué estás malo? Por ejemplo, hay un señor que viene de Puebla y vende pastillas.. es chistosísimo. Dice “¿saben qué es la conjuntivitis? Un conjunto de enfermedades”. Ja, ja... se los juro. Otro es el mago Yaro. En un garrafón vació alcohol, mariguana, xilocaína, una yerba que huele como a iodex y alcohol industrial. Y se fue al cerro, puso a secar yerbas medias verdes y decía “regáleme su dolor”.. hizo una lana. Luego los que se van hincados a la peregrinación, no le inyectó, le puso piquetitos. Llegó una señora y se hinca, les bajó a la corte celestial pero les dice, esta medicina se pone en noche de luna llena. Pero a lo que voy es que no va uno a buscar al doctor, sino busca yerbas y creo que la herbolaria ayuda. Ora para la diabetes, no sé qué pone y va en un litro de agua y dice que se toma como agua de tiempo.

V. Eso le pasó a mi abuela. Se tomó una raicita, dale un tecito. Se la tomó y le bajó el azúcar a 20 y se murió de un coma diabético. El problema no es la raicita, porque de ahí vienen las medicinas. **El** problema es que no saben la dosis. Tu podías escribir un libro porque somos flojos para pensar.

R. Mi primo murió. Era diabético. Tenía sesenta y cuatro años y dijo que iba a unas agüitas pero le fue avanzando la enfermedad y perdió la vista y luego perdió unos dedos pero no quería la

hemodiálisis y nada más aceptó tres y ya. Pero perdió mucho tiempo y empezó con el danonino o ¿cómo se llama la fruta?

V. Noñi.

R. Pero llega el momento en que la desesperación te da y yo también he ido, que tómate la orina y no sé qué tanto...

C. Yo conozco a un señor que ha hecho mucho dinero y dizque muy sano y muy naturista y yo lo vi echándose unos tacos de cecina... se llama Shaya Michan..

F. Vamos a procurar no echarle a los demás..

J. es que es muy usual entrar al templo a orar por algo que nosotros no hacemos.

F. aquí tenemos que ver que tenemos una gran responsabilidad cuando recibimos la vida empacada en un cuerpo. Adquirimos la responsabilidad de qué hago, cómo uso lo que me dieron. Hay muchas personas que no cometieron excesos, cuidaron su cuerpo y se enfermaron y es un reto qué hacen con su enfermedad. Pero en otros casos, la actitud es de "tú cúrame" y yo no hago mi trabajo de aprendizaje. Aquí simplemente con los compañeros vas a aprender a cuidarte. No tienes que hacer cola, no haces cita y no te cuesta un centavo, pero no quieras que otros hagan por nosotros lo que yo no quiero hacer.

V. Hay un dicho que dice "no me ayudes, que yo me ayudo".

F. Aquí tuvimos un señor muy lindo que estaba muy mal y con ayuda de las doctoras había mejorado. Yo les decía, "en diciembre, por favor cuídense especialmente, porque es temporada de excesos". Cuando regresaron, en enero, pregunté cómo les había ido y me dijeron que todos muy bien, y él dijo: "a mí me salva la fé . En mi casa hicieron pozole y yo les digo dénme un platito de pozole y luego se me antojó otro y dije ¡oh Dios mío, tú no vas a permitir que me haga mal!". Bueno, es la fé mal entendida. La fé está hasta en el médico. ¿Me inspira confianza? Porque si no me gusta como me trata y me da medicina, digo "esta canija pastilla". O la veo como bendición y agradezco. Digo "esta pastilla me va a ayudar". Puedo con fé pedir fuerza para apegarme al tratamiento.

Comentario. Como tesis verbalizada por los pacientes, tenemos tres temas: 1) los sistemas de creencias respecto a la medicina alternativa o tradicional, donde existen desde remedios caseros sin evidencia alguna de validez; hasta herbolaria con efectos reconocidos aunque sin dosis manejadas adecuadamente. 2) las conductas de riesgo como alimentación y bebidas en cantidades no recomendables, 3) el factor de fé religiosa, que pide curación.

La antítesis es F con la afirmación de autocuidado y autorresponsabilidad en materia de salud, que deriva en adhesión al tratamiento.

La síntesis la realizará cada asistente, a su propio ritmo.

8.

H. Yo vengo al grupo de obesidad y sólo hay un puesto de más o menos comida sana, donde venden pepinos y verdura. Pero están los puestos del tamal en aceite, los tacos, hay un señor con tapabocas pero junto a una laguna de agua negra.

J. es lo que decíamos, está lleno de basura y puestos de comida, es un paradero..

F. aquí en el hospital han hecho campañas y quitan ambulantes, limpian, bachean, pero a las dos semanas ya está igual.

J. El hospital está en remodelación total y reactivarán cosas buenas. Calculan que en cinco años van a estar mejor. A ver si le echan ojo a las banquetas.

G. Mi papá murió no de diabetes, pero de las complicaciones de la diabetes. Mi hermano estuvo en casa muy enfermo, de triada de pulmón, riñón, corazón y un paciente así en casa es muy difícil. Aprende uno muchas cosas en el Centro Médico. Pero cuando voy en el metro y entran los vendedores con la música a todo, yo tengo que hacer mucho esfuerzo y cuando se para el metro con tanta gente, me da claustrofobia y no puedo respirar.

F. esas son las cuentas que nos tocan.. ¿qué me queda si ya vivo en México?

C. Si yo estoy concentrada en lo que estoy, si de principio me pongo de malas porque tomo el transporte público y yo soy diabética, la música sigue tocando y quién se va a poner de malas, porque la enferma soy yo...

J. Y la cola de aquí y que no avanza, o el que te pide tus papeles para entrar y no los traes y no te quiere dejar pasar..

C. la primera vez es sorpresa y uno dice, pero no me vuelve a pasar..

L. ¡qué paciencia! Es para darle un premio a Conchita.

F. No es paciencia, es sabiduría. ¿Mi enojo va a hacer que me dejen pasar, Conchita? No, va a provocar que mis triglicéridos aumenten. Entonces, ¿cuál es la mejor respuesta que puedo usar? La relajación, que no es ser paciente, sino hacerme uno con el ambiente, no peleo con ello. Nos pasa con la enfermedad. Primero la negamos, “a mí no me puede dar diabetes” “el doctor se equivocó”. Cuando el proceso se va complicando, llego a la aceptación, no me alegro pero sé que tengo diabetes, si no, estoy todo el tiempo pegándome contra la pared y estamos siempre luchando contra nosotros mismos. Después hacemos todo lo posible por ayudar, por aprender qué estamos haciendo con la enfermedad. Y son afortunados porque hoy viene la doctora que viene a hablarnos del riñón.

Comentario. Los asistentes expresan el deterioro de la calidad de vida en la Ciudad de México,(el ruido y aglomeración en el metro) y alrededor del hospital (la suciedad, los puestos ambulantes de comida grasosa) .

Igualmente hacen referencia al satisfactor violador de la burocracia (los papeles que pide el personal de seguridad para entrar al hospital), que hace perder tiempo a los pacientes, que los tensa.

También se menciona la pobreza de Protección que sufre el enfermo por el Burn out del cuidador en casa.

Frente a esta tesis, la facilitadora opone la antítesis al expresar la trascendencia a través de la actitud taoísta de *“hacerse uno con el ambiente”*, el *“no pelear contra él”* y *“la aceptación de la enfermedad”*; enfatiza el recurso de la paciencia y de la relajación.

9.

F. No debemos esperar a tener un padecimiento, para dar gracias... ¡Buenos días, doctora! Quiero que conozcan a la Dra. Villalobos, que nos está ilustrando siempre con su sabiduría. Nada más cerremos el tema de acuerdo con lo que tenemos. Tengo un cuerpo que funciona, como dice alguien, “pues ahí a jalones”, pero funciona. Podemos compararlo como si tuviéramos un auto. Hay quien sólo le pone gasolina; otros le ponen aceite, lo llevan al taller, lo cuidan...

J. lo malo es que no lo podemos cambiar, ja,ja.

G. o necesita hojalatería y pintura.. ja, ja.

F. entonces yo pienso en mis pies, no sólo porque veo a otros que no tienen, sino por el trabajo que he hecho. Agradecemos, agradezcan lo que tenemos. Hablen con su cuerpo. “Eres el mío, gordo, chaparro, feo, como seas, pero eres mío”. El próximo jueves no vamos a tener sesión. Pero la otra semana, sí.

Dra. Tenemos aquí quince personas. Pasen la lista. No creo que nos quiten el aula, pero es que necesitamos que haya un registro. Muchos la necesitan.

F. Esta aula, así como la ven, es nuestro refugio y con esta lista de asistencia, las autoridades saben que se está aprovechando.

Dra. Como ustedes saben, este es un curso que se lleva cuatro semanas.

F. cuatro meses.

Dra. Sí, y empieza con una plática de la diabetes.. Todos los pacientes desordenados que no van a consulta, que no van a tomar medicamento, que son desordenados.. esa frase de hablar con su cuerpo me gustó mucho. A ver, cuerpo, ¿qué le duele, qué le pasa? Sabemos que es una enfermedad degenerativa, significa que no tenemos medios para curarla. Como un apéndice que quitamos y ya. Yo creo que en poco tiempo va a aparecer la cura, a lo mejor con implante de alguna célula, o una medicina, pero les va a funcionar a cuerpos que estén más sanos, en mejores condiciones porque si el cuerpo está muy deteriorado, el médico no le va a decir “usted es candidato para su cura,” si ya está muy deteriorado. Qué bueno hacer fila de esos pacientes para la curación. Bueno, seguiremos en la siguiente.

Comentario. Aparece la metáfora como recurso al Entendimiento: el cuerpo como un coche. Dos pacientes hacen uso del humor como Trascendencia al miedo, dolor, deterioro de su cuerpo.

F insiste en la autoaceptación.

La burocracia insiste en registros de asistencia para preservar el aula.

Llama la atención las frases de una doctora: *“todos los pacientes desordenados que no van a consulta, que no van a tomar medicamento, que son desordenados”*, igualmente la amenaza velada como recurso frente a la no adhesión al tratamiento (*“Si el cuerpo está muy deteriorado, el médico no le va a decir usted es candidato para su cura”*). Si bien es una tesis, frente a la antítesis de la falta de adhesión, la síntesis podría no ser la más positiva en el caso de pacientes reactivos.

10.

T. yo estoy aprendiendo a vivir con lo bueno, porque antes se me pasaba la mano. Ahora mis tíos me dicen: “¿qué te pasa que estás alegre?”. Ahora busco solución. Mis tíos me dicen: “no, es que a ti ya te lavaron el coco”.

F. Y si en tu día hay algo, tratas de solucionarlo ¿y no te sale bien?

T. pues no me engancho porque saludo al vecino y él no me saluda y me echa su mala vibra, pero no me engancho. Y es que antes era diferente, me ponía una gorra para no saludar; me sentía menos que los demás. Estaba muy flaco y me sentía mal, estaba muy enojado y con miedo. No sabe uno de la enfermedad; te vas a morir y eso. Si uno piensa que sí, se puede. Si no, no.

F. Muy bien. Has aprendido a ser de otro modo.

T. Yo antes era muy negativo y ahora estoy tratando de ser más positivo.

F. y ¿cómo lo has logrado?

T. Poco a poco; no en todo. Ya no tanto como antes. Lo he hecho analizando de qué me sirve enojarme o tomarlo así, o hay veces que empezando por fuera porque no es tan fácil sentirlo.

F. ¿te refieres a tu imagen?

T. Por ejemplo, con mi familia no me llevo tan bien. Me cuesta estar de buenas. Ahora, si veo a otra gente, no tengo por qué enojarme con ellos, porque no estoy enojado con ellos. Ahora descargo, hablo, me desahogo, me siento acompañado, no tan solo y no tan enojado.

F. ¡Ah! Y tu enojo lo estabas poniendo en todo mundo y ahora ya distingues..

(llega una señora) ¡Hola C.!

T.. me preguntaban, ¿estás enojado? Y decía yo NO. Ahora ya es diferente.

F. Sí, no podemos ocultar lo que traemos. Es un cambio de expresión, se nota, surge de uno. Dicen: “amor y dinero, no se pueden ocultar”. Y decimos: “¡qué padre personalidad de esa señora, porque se nota que está bien!”. ¿Hay otra voluntaria para hablar?

Comentario. T habla de su proceso de cambio, como resultado de su asistencia al grupo. Menciona sus pobreza de Subsistencia (salud física deteriorada por diabetes, mal humor, no adaptado a su ambiente ni enfermedad), de Protección (contorno social agresivo), de Afecto (autoestima baja, sin amistades) Entendimiento (sin conocer los efectos de la enfermedad ni cómo vivir con calidad), Participación (sin disposición a interactuar positivamente) Creación (sin voluntad para encontrar soluciones) Identidad (creyéndose inferior y sin asertividad) Libertad (sin apertura al cambio).

Frente a estas pobreza (tesis) aparece la antítesis (expresada en la declaración de los tíos “te lavaron el coco”, que es otra visión de realidad) y surge la síntesis que es “estoy aprendiendo a vivir con lo bueno”, “ahora descargo, hablo, me desahogo, me siento acompañado, no tan solo y no tan enojado”.

Trascendió las opiniones de los tíos para ir construyendo un yo autodeterminante, está en el proceso de trascender la propia debilidad y dependencia; de sus limitaciones, de su sistema de creencias; está trascendiendo su miedo.

11.

O. Me quedé pensando en la soledad. A veces no me siento sola y de repente llega alguien pero es un respiration y luego regresa la tristeza y preocupación.

V. Es que lo que yo creo es que los problemas no se van a acabar, pero se necesita un apapacho. Pero yo antes creía que sólo yo me sentía así. Y luego oí a otros y sentí alivio. No soy la única loca. Yo pensaba, “si mis papás no me abrazan y no puedo confiar en ellos, no puedo confiar en nadie”. Ahora me doy cuenta que puedo confiar en otras personas más que en ellos, mi abuelita y mi papá me hicieron muy desconfiada. Yo sé que hay gente que me quiere y que sí puedo confiar en ellos.

F. Hace rato hablábamos del oyente interesado y decíamos que a veces es más fácil hablar con alguien más lejano. A veces los cercanos quieren hacernos cambiar. Pero otra persona nos escucha y buscamos nuestro propio camino. Podemos revisar si lo que nos inculcaron es verdadero. Ya tienes la advertencia de tu papá: “no confíes”. A lo mejor porque a él no le fue bien. Pero tú puedes experimentar si eso es para ti. Bien.

G. Yo quería hablar de la soledad. Hoy la puedo hacer más luminosa, a veces es una amiga o aliada. Es ver qué cosas buenas tiene esa soledad. Pero a veces estoy sola pero para estar conmigo misma, y el poder superior, ya somos multitud.

D. Yo a veces no quiero ver ni saludar a los chismosos del edificio, “¿ya sabe usted...?” .. y me cuesta trabajo quedarme con ellos. Y luego el hijo de un vecino nunca me saluda aunque yo lo

salude. El otro día, un vecino salió en una revista y dije: “hijo del maíz, mucho homenaje y ni siquiera sabe saludar”. Pero siempre me engancho.

F. muy bien...

F2. El sol es solo pero es una totalidad. Entonces la soledad es uno y la desolación es otra cosa porque nacemos y morimos solos. Pero podemos aprender a estar y disfrutar de uno mismo. Pero también hay veces, momentos y circunstancias donde la soledad pesa. No sé si me dí a entender.

H. Sí, pero a veces puedo ir a buscarte y pedir, necesito que me abracés.

O. pero a veces me siento sola.

F. o.k. a veces es como conformarte. Te causa estrés porque no es plácida para ti. Entonces tienes que buscar qué hacer. Tú tienes que encontrar la manera. Es buscar alternativas. Lo peor que podemos hacer es quedarnos con los brazos cruzados.

G. ¿Cuándo no hay para ti?

F. Lo acepto. Como la oración que hemos escuchado: “dame fuerza para cambiar lo que puedo, serenidad para aceptar lo que no puedo y sabiduría para conocer la diferencia”. Pues aceptar y ya no te estresas. Si no, sobre la soledad, estrés. La soledad, es estar sola. La desolación, es estar vacío. ¿Cuál creen que es más doloroso?

B. la desolación.

F. o.k. puedes estar en el zócalo y sentirte sola. O en la punta del cerro, y estar plena. Hay que ver si tienes un vacío y cómo llenarlo. Dicen, llenan todos tus vacíos, con amor. Y no es sólo amor de pareja. A veces se llena con servicio: desde acompañar a tu mamá a las consultas. Es ese sentimiento de hacer algo por otro. Esa actitud de servicio, llena. Creemos que estamos dando, pero recibimos. Si es una sensación de vacío, es una realidad que estamos solos, somos únicos. ¿Tú te llegas a sentir sola?

R. en ocasiones sí, aunque están mis hijos y mi esposo. En ocasiones yo los rechazo. Llegan a besarme y yo les digo ¡no, ya basta, no tengo ganas!. No sé si es soledad o estrés pero los rechazo, es que son muy empalagosos. No sé si es, posiblemente, yo de chica de mi mamá no tuve eso y ya de grande me decía “mi chiquita”, y yo lo sentí hipócrita. Con mis hermanas era distinta, pero traigo esto que me enseñó mi madre a rechazar.

F. Y también hay algo que nos ataca. No sabemos recibir. No nos abrimos a recibir.

G. Como que nos lo enseñaron.

F. Sí, hay que ver si recibir afecto creo que me hace vulnerable, prefiero poner límite porque con tu ternura me hago sentir débil. Tanto tú como yo tenemos que revisarlo.

G. es que se te pueda revertir el daño..

F. mi mamá era seca, no había tiempo. Me decía: “a mí no me den gente melosa”. Con el tiempo tengo que interpretar qué me quiso decir. Yo quiero ser fuerte y la ternura me debilita. También hace rato F2 dijo algo de humildad, también tenemos que aprender a ser humildes. M, ¿tienes algo que decir?

M. no, trato de ser feliz con lo que tengo.

F. ¿Y en cuanto a la soledad?

M. Me gusta estar sola, lo disfruto. No me siento sola.

F. ¿y tú, N?

N. tuve un problemita y el mayor me dijo que soy de dos caras y digo sí, porque antes me dejaba y ahora saco las uñas. El (se refiere a su ex-esposo) dijo “yo les dí de tragar a mis hijos “ y él les pide. Yo no les pido. Yo me fui a trabajar jueves y viernes y el dinero no se entregó. Yo le contesté a mi hijo: “hay que esperar hasta que la persona tenga el dinero”. El (el ex-marido) me trataba muy fuerte, con maldiciones y todo. Y antes de venir, yo me dejaba y ahora no. Y cuando me dice algo, me pongo a llorar y después me siento mejor. Y él me dice que tengo dos caras..

F. y tú, ¿qué crees?

N. que sí tengo dos caras. Porque quiere que después de 19 años que ya no está conmigo lo aguante. Le aguanté treinta años y ya no. Estoy sola y me siento bien.

F. dicen que la gente recuperada, no es cómoda.

N. Sí. El (el ex-marido) me habló y me dijo que si lo acompañaba y le dije “no, los límites los pongo yo en mi casa” y se quiere volver a meter.

F. órale, ¿qué tal que te reconquistes?

Todos ríen, incluyendo a N.

F. y tú, H, ¿qué nos puedes decir de la soledad?

H. yo desde muy chico estaba solo. Me van a operar, dicen que con diabetes, las emociones se enloquecen. Pero no quiero aquí a mis hermanos. Aquí (señala al grupo) están mis compañeros.

F. no querías que te complicaran la vida tus hermanos.

H. no.

F. ¿has sentido la desolación?

H. yo creo que no.

F. aprovechando que estás aquí, porque puede ayudar a otros a cuidarse, ¿quieres narrarnos cómo fue que descubriste el problema que tenías en tus pies?

H. resulta que estaban todos aquí y nos dijeron que era importante revisarnos los pies. Yo y mi pareja habíamos ido a la playa de Veracruz y había chapopote. Yo creí que era chapopote. Me revisé mis pies y vi una manchita. Y crecía la manchita.

F. ¿te dolía?

H. No. Le dije a la doctora y me envió a vascular. Allá me dijeron que tomara aspirina y le comenté a la doctora y me dijeron que podía ser otro problema y me mandaron a dermatología. Voy a dermatología y dijeron “esto es grave y de esto se puede morir”..

(llega la Dra. Vargas)

..y me hicieron una biopsia por febrero y me dijeron”si se siente mal, o supura se viene a urgencias y si no, nosotros le hablamos”. Y me programaron para operarme en junio y me operaron y me quitaron todo el talón. Ahoy me revisan cada cuatro meses. Y me van a dar de alta en cinco años.

F. resultó que tenía células cancerosas. Le pedí a H. que nos contara, porque es importante la revisión de los pies. No revisar sólo las manchas, sino la grietas, los callitos, todo es importante. Bueno, tenemos la visita de la Dra Vargas.

Dra. Esto es bueno, estas pláticas, estas reflexiones. Yo espero que tengamos más gente asistiendo.

F. Como ya no hay invitación en cada sala, pero seguimos trabajando.

Dra. Está bien. Este jueves avisamos que vengan aquí y que haya más Calevi. Los jueves participan Cálevi y la Dra.

F. Sí, a la Dra Vi. Le damos su espacio.

Dra. Está bien, ya no los interrumpo.

H. Ya pedí consulta con usted y me la dieron para el 10 de este mes. Ya la veré.

Dra. Claro que sí.

H. es muy interesante estar aquí. Ya se acabó el problema de la diabetes para mí, porque uno conoce a alguien que se murió por eso o le cortaron el pie. Somos como trece millones de diabéticos y aquí aprendemos muchas cosas. Luego decimos, me hizo falta dos taquitos y nos deprime la rigurosidad de la dieta. Por ejemplo, yo baje 15 kilos, de 90 a 75. De eso, ya han pasado varios años, siete. Y las molestias yo decía que eran achaques como hombres que se sube la presión y el azúcar. A mí a veces dejaba la medicina. Pero ahora me discipliné y no es ya tan difícil. Trato de estar bien porque a veces uno no necesita de nadie, y a veces, de todos.

G. una pregunta, en el metro había un cartel que promocionaba algo hepático. No sé si se necesita autorización del hospital para poner carteles aquí. Yo creo que luego no viene mucha gente por falta de información.

F. Yo sé que en el metro necesitas un sello de autorización para poner publicidad. En el hospital también, para avisos. Pero vale la pena que lo investiguemos. Que sepan que el Hospital ofrece este servicio. No tienen necesidad de venir en una fecha determinada ni un costo. Antes de terminar, quiero oír a B y a Y por si tienen algo que comentar.

B. yo no me siento sola. Soy feliz con lo que hago y tengo. Hace cinco meses llegó una nieta. Ayer me invitó a bañarla mi hija. Que la mete al agua y se ríe. Y eso me hace olvidar todo. La niña me sonrío y yo dejo lo que tengo que hacer. Se me olvida todo. Tengo un hijo soltero y no lo presiono a que se vaya o se case. Mi hija tiene su casa pero regresó y no se han ido. Yo le digo que si quieren estar, adelante; si se quieren ir, adelante. El yerno está contento y no se quieren ir, pero cada quien lo suyo. Ellos tienen su recámara. Y no hemos tenido roces. Ellos tienen sus problemas y yo le digo a mi hija 'esto no está bien, pero ahí tú sabes..

F. ¿y tú, Y?

Y. yo no he sabido lo que es la soledad.

F. ¿nunca sentiste el huequito?

Y. no, nunca. El estrés del que hablaban, me desespero de momento pero vuelvo a retomar. Ya no lo tomo tan serio.

F. ¿qué te ha hecho sentir que tienes diabetes?

Y. no es algo de preocupación, sólo a controlarse, nada más.

F. ¿no te sonó a tragedia?

Y. no, porque varios compañeros me dicen cómo hacerle.

F. ¿cómo llegaste al grupo?

Y. porque estaba yo enfrente y pasaron a invitar. Yo vengo por el manejo de la alimentación y decía "voy a ir, voy a ir"

F. tenías la inquietud.

Y. sí, el señor del jueves

F. Juan Guillermo..

Y. sí, nos invitó pero yo no podía, hasta que llegamos aquí. Pero no es sólo el tratamiento sino el manejo del estrés, lo de la soledad y de la vida

F. a veces describimos actividades, pero no platicamos lo que sentimos. Y como no lo platicamos, no lo tenemos consciente. Decimos, por ejemplo, "fue un buen día". ¿por qué? Porque me sentí bien. Pero hay mucha diferencia entre lo que hacemos y cómo nos sentimos. Podemos vivir lo mismo, pero con otra emoción. ¿Se han cachado como cuando decimos "nada me salió bien" y sin embargo hay quien vive eso con un buen modo. Podemos causar o no nuestro propio estrés. Hay

quien todo le parece bien. Hay quien todo le parece mal. Es pregunta: ¿Cómo les gusta vivir? O ¿hacia dónde les gusta irse? ¿todo bien o todo mal? ¿o nos paramos en medio? Si me pongo en medio no quiere decir que me clave en ser víctima “pobre de mí, nadie me quiere”, o estamos en la euforia o agrediendo a otros. ¿son de lamento fácil o de risa fácil?

H. yo me inclino a hacer todo fácil aunque ayer se me complicó. Procuro que me guste todo.

F. ¿y cuando no te sale bien?

H. aprendo que tenía que hacerlo de otro modo. Antes decía “¡chihuahua, no me salió!” y tenía bronca con un cliente, pero ahora le busco cómo hacerle..

F. eso es sabio porque te das chance de seguir buscando otros modos. Pues sí, el programa es super completo. No es sólo el tratamiento sino también vivir la vida con mayor calidad. Y ese es el camino. ¿Cómo se van?

N. yo con muchas emociones.

T. tratar de manejar el estrés.

F. acuérdense tensar y relajar, el ejercicio de F2. ¿tú qué te llevas, O?

O muchas cosas, distinguir entre soledad y desolación.

R. aprender a manejar el estrés.

C. tranquilidad.

G. yo, todo lo que escuché.

H. yo, el gusto de haberlos vuelto a ver. Y esto me motiva. Ya le dije a mi pareja que venga, pero no hoy.

F. ja, ja. ¡querías estar solo!

H. es que quería verlas a ustedes..

F. pues ya como final, nos ponemos de pie y desde nuestro corazón damos gracias por habernos visto y nos despedimos, para volvernos a ver, con un abrazo. (todos se abrazan).

Comentario. Esta es la transcripción de la mitad de una sesión. En lugar de analizar casos individuales, podemos observar el proceso grupal, y descubrimos las pobrezas de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad, Libertad y Trascendencia.

A partir de la verbalización, interacción, escucha, análisis personal y colectivo, ejercicio practicado en conjunto, se va generando una opción alternativa, más integrada que la que cada uno tenía originalmente.

El grupo es un espacio de satisfacción de necesidades y, aún más, de crecimiento a través de la trascendencia en cuanto: estar absorto y trascender la conciencia del yo; identificación con valores-S (valores del Ser); del propio pasado (más allá de ser víctima); de la muerte, dolor, enfermedad, mal; al aceptar el mundo natural, dejándolo ser él mismo; de la polaridad nosotros-ellos; de las necesidades básicas por satisfacción de ellas, o por renunciar a su satisfacción; por amor-identificación; de los juicios y opiniones de los demás; de la propia debilidad y dependencia; de lo negativo, rechazos; del miedo; de las limitaciones, imperfecciones, impedimentos y restricciones humanas; del propio sistema de creencias y valores.

Cada participante llega con su tesis, otros participantes encarnan la antítesis y finalmente cada uno se va con su propia síntesis. Esta síntesis, en la siguiente sesión se convierte en una nueva tesis, que vuelve a confrontarse con otras antítesis y de este modo su conciencia se expande al infinito.

Por otro lado, el caso clínico de H toca no sólo los temores del grupo (complicaciones de la diabetes), sino que refuerza la importancia de adherirse al tratamiento.

12.

F.... cuando las emociones no se están manejando provocan aumento de glucosa. Si la glucosa está alta, empiezan a causar complicaciones en los ojos, riñones, corazón y se llaman complicaciones de la diabetes. ¿desde cuándo tiene problemas en sus ojos?

X. desde hace un año pero ya adelantado, desde hace 4 meses que empecé a venir. Al principio no le puse atención. Empecé a vivir una vida normal. Tuve una separación hace 7 años y empecé con el alcoholismo. A mí me cuestan trabajo las emociones. Soy muy urgente en las cosas..

F.. ansioso.

X. si, en mi trabajo sí no me parece, lo manifiesto y no lo controlo.

F. ¿cómo expresa la ansiedad?

X. al principio era molesto. Ahora me tomo una medicina y actualmente todavía me siento ansioso. Son las actitudes de una persona que no me gusta y sé que internamente está mal y me preocupo.

F. ¿qué edad tienen sus hijos?

X. 33, 28 y 27.

F. es difícil de tenerlos en la mano.

X. sí, cuando eran chicos los viví al máximo. Hoy ya no son míos. Cometí errores. Creo que la ansiedad crea el problema de diabetes y no he hecho nada por evitarlo. He estado con 6 o 7 psicólogos en distintas etapas. O yo no puse de mi parte o yo no sé. Me cuesta mucho trabajo.

F. y aquí tenemos conceptos muy interesantes que nos está compartiendo. ¿Cómo es su nombre?

X. Mateo.

F. Mateo. Tomemos aquí mucho de lo que nos ha dicho Mateo, que es como la Biblia en salud. Y nos acaba de decir que la ansiedad es el origen de la diabetes, ¿es así?

Y. sí, porque tú quieres que todo esté bien y eso te provoca que si no está, te sientas mal..

F. o.k. además de ansiedad, ¿qué han sentido?

R. algo que uno no encuentra.

F. como falta de sentido.

J. fíjese que yo siempre me he preguntado por qué mi madre es diabética. Ella por lo general siempre ha sido delgada, vuelvo a repetir que es muy enojona, controladora.

F. ¿alguien conoce el enojo? J.nos dice que el enojo y el control...

J. y fíjese que platico con ella y no podemos llegar a ningún acuerdo porque nunca está de acuerdo con nadie.

F. muy bien. Vamos a poner la palabra CONTROL aquí grandota. Nos dicen “yo no soy controlador, mientras se haga lo que yo quiera. ¿y a quién controlo? A lo que se pueda y a quien se deja. Y cuando nuestra salud se ve afectada por una pérdida, como la diabetes, ¿qué es lo que perdemos? El control de nuestra salud. Yo decido qué como, qué hago, en qué creo y en qué no creo. Y cuando la enfermedad se presenta ya no llevo el control. Dependo del médico; de la medicina. Y si vemos que perdemos el control, nos enoja. ¿Para qué vivo ya si todos se meten conmigo? Me dicen come, no comas, ve al médico.

P. Unas veces nos dicen “anduviste en la calle, seguro te comiste unos tacos”. Si te los comiste, ni dices y si no,dices “¿y por qué otros tiene que controlar mi vida?”

Y. a mí me da depresión.

F. nos dicen “no coma esto, no tomer refresco” y digo “¡malvado médico!, aparte de que tengo que venir y pagar la consulta, me dice qué tengo que hacer”. O nos deprimimos porque sentimos una pérdida de lo que antes era nomás mío. M..

M. pero hay que valorar lo que somos.

F. Así es, hay pacientes que con mucha valentía aceptan lo que el médico dice. ¡Qué bueno que hay la reacción sabia, la manera lógica y agradecida de actuar con este problema! Y lo que antes era enojo o falta de sentido porque ya no tengo el control, se convierte en un nuevo modo de vida. Yo siempre me siento en la silla de la salud, pero llega una compañera: la diabetes, que me saca de mi silla y me manda a otra silla. Desde aquí sigue siendo lo mismo, pero ya aprendo un nuevo vivir.

Si aprendo a vivir desde aquí, lo voy a volver a disfrutar. Si me quedo aquí pensando que no me pasa nada, ya me dije que tengo diabetes pero no hago nada, entonces llegan las complicaciones. La diabetes no duele, no molesta. Cuando molesta es porque ya hay complicaciones.

X. Yo pesaba más de cien kilos y por estrés en un mes bajé a sesenta kilos.

F. ¿en un mes?

X. sí, y me hicieron muchos estudios. Y la depresión por la impotencia de no poder controlar ciertas cosas, esa ansiedad y angustia creo que me provocó la diabetes y con el tiempo se me volvió a presentar la ansiedad, con la separación. Yo creo que lo más sano es irme tranquilito y empecé a tomar y tomar. En la tarde ya me contactó el doctor. Pero sí entendí por qué morir como debe uno de morir y no apresurar las cosas porque le causa un problema a la familia y economía por ir al hospital y la internada.

F. ¿podemos saber cuál fue el disparador del cambio?

X. pensar en mi familia. Cuando estaba solo, tomaba mucho. Ya no sabía si estaba tomado o crudo. Al otro día normal me levantaba para ir a trabajar. Hasta que me cayó el veinte , ¿por qué tengo que hacer sufrir a mi familia?. Ahora tengo gusto por mí, por no hacer tener problemas a los demás. Es tomarle gusto a la vida.

F. Pues toda esta lista de emociones las ponemos aquí y nos causan estrés. No nada más en el ánimo, sino me afecta en mi cuerpo. Mi cuerpo me afecta por el estrés. Mateo nos decía que no podía dormir por la tensión en todo el cuerpo. No lo hacemos a propósito pero cómo me duele y no puedo dormir y me duele el cuerpo, tenemos al estrés como el culpable del malestar físico .Por eso tenemos que aprender a soltar el estrés. Las arterias y venas se angostan y la sangre circula con más dificultad, y el oxígeno hace falta en todo el organismo y como no podemos respirar bien, el cuerpo nos protesta y me estreso más por el dolor. Tenemos el ejercicio como una vía de entrada a la relajación. Si lo practicamos empieza a haber un bienestar. Puede ser un problema económico, una mala noche. Pasé mala noche por un problema intestinal intenso y además del problema, el estrés que le estoy poniendo me hace sentir peor. Entonces hay que buscar el alivio. Buscar soluciones, esto es lo más sabio, en lugar de buscar problemas. Tener claridad para buscar caminos, aligera el estrés. Es fácil decirlo, pero no siempre hacerlo. Pero si al problema de la relación, le aumento el problema del estrés, la mente se llena de humo y ya no tenemos claridad. ¿Por qué estoy estresado? A veces no sabemos por qué. Todo mundo carga estrés. Si no, vean para dentro. Ahorita ¿cómo me siento? En general, vivimos con estrés dañino. También está bien tener un poco de estrés que nos da entusiasmo y es como un motorcito que nos lleva a la acción. Pero el que nos daña, hay que tomarlo en cuenta. Tenemos dolores de cabeza inesperados. Revísale cómo te encuentras de estrés. Entonces aquí vamos a trabajar cada vez que estemos juntos, para soltar el estrés como la entrada a trabajar el bienestar. Desgraciadamente no podemos solucionar sus problemas, pero sí ayudar a que busquen soluciones.

Comentario. Dentro de las Pobrezas de esta población, el alcoholismo aparece como un factor que genera Patologías, por la carencia permanente o intensa de algunas necesidades.

Recordemos que para Max-Neef, las Pobrezas son también potencialidades. Y así lo expresa X: *“y empecé a tomar y tomar. En la tarde ya me contactó el doctor. Pero sí entendí por qué morir como debe uno de morir , y no apresurar las cosas porque le causa un problema a la familia y economía por ir al hospital y la internada”*.

Aquí aparece la Trascendencia del egoísmo, que trasciende las necesidades bajas del yo; o la del amor-identificación.

Asimismo, el doctor que lo contactó parece haber sido un factor importante para cambiar su estilo de vida (Tesis: tomar y tomar. Antítesis: el doctor que lo busca. Síntesis: deja de tomar).

En otro aspecto, es interesante la metáfora didáctica usada por la facilitadora “. *Yo siempre me siento en la silla de la salud, pero llega una compañera: la diabetes, que me saca de mi silla y me manda a otra silla”*, como motivante para explorar un nuevo estilo de vida.

13.

F. Desgraciadamente no podemos solucionar sus problemas, pero sí ayudar a que busquen soluciones. ¿Tú traes uno que quieres compartir?

Z. ayer me hablaron para decirme que tenían secuestrada a mi hija. Me dijeron que tenía que depositar dinero para mi celular, para que estuvieran en contacto conmigo. Me dijo que le iban a poner gases, que me iban a entregar su cuerpo.. (solloza). Quiero saber por qué me enganché con eso y el tormento de escuchar, porque no paraban. Primero le hice un depósito de tres mil pesos, luego de dos mil. Me dijo que traían a la niña con los ojos vendados y que si no le conseguía unos lentes. Me dijo que la iban a dejar (solloza) en la iglesia. Fui a la iglesia y no estaba. Encontré por fin a la niña y estaba espantada. Mi esposo me dijo: “es que tú tuviste la culpa porque tú los trajiste hasta acá” (solloza más fuerte).

F. ese sentimiento ¿cómo se llama?

Z. tengo tristeza y enojo con mi marido. No sentí que me apoyó. Tenía miedo.

F. ¿y tenían a la niña?

Z. no.

F. entonces, ¿dónde estaba la niña?

Z. en el transporte de la escuela.

F. ¿cuántos años tiene la niña?

Z. doce años.

P. es una trampa.

F. sí, P, eso fue antes. Ya pasó.

M. yo veo que lo que siente Z es impotencia porque su marido no la apoyó. La persona que la sobajó, ese es un sentimiento que no pasa pronto. Pero advierto la ansiedad. Creo que necesita a una persona que la pueda ayudar porque ahora tiene inseguridad hacia su niña.

F. también tendríamos que tener en cuenta la reacción del esposo , porque frente a un impacto así, él descarga diciendo “no hiciste lo que debías”. En lugar de buscar culpables, vamos a buscar la solución. El que ella entienda por qué él reacciona así, puede facilitar el reencuentro. Desgraciadamente esto es muy estresante. A mi nuera le pasó con su muchacho. Le pedían un depósito, el niño se fue a la clase de natación. La mamá le hablaba y él no contestaba el teléfono porque estaba en la alberca. Es una llamada de extorsión. Aquí hay un número de denuncia..

D. a mí me hicieron una llamada a las diez de la noche: “mamá, me están subiendo a la camioneta”.. no era cierto..

S. a la compañera, como decimos en el pueblo, desgraciadamente la agarraron de bajada. En el pueblo pasó lo mismo y el señor buscó dinero y él hizo lo mismo. Le dijo a alguien que no había hecho lo correcto pero no nos ponemos en los zapatos del otro.

F. la reacción es normal.

T. pero mire, ya no le van a volver a llamar. A mí me dijeron que tenían a mi hija y su voz se parecía mucho. Yo siempre cargaba los celulares. Que le hablo a mi hija y le digo “¿dónde estás?” “acá en el negocio”. Le dije, pues me acaba de hablar un hijo de su #\$\$%&/ y uno mismo le dan la información. A mi esposa le dijeron que era su sobrino y que le pedía dinero. Mi esposa le dijo “ah, ¿sí? Pues págame el dinero que me debes” y ¡pum! Que le cuelgan. Pero ni la conocen a usted, que tal que usted ni tiene hija, pero le siguió el juego.

N. así que por ese lado, que sepan de tu hija y de ti, no es probable. Esas llamadas son de extorsión.

L. Y la otra, te llaman y convencen que te sacaste un premio.

F. a mí me dijeron que me saqué un coche y que depositara seis mil pesos para el traslado del coche, hasta me dieron un número de depósito. Usted no ha tenido esas experiencias, ¿verdad, doctora?

Dra. Sí, a las dos de la mañana, “mamá, mamá, me tienen detenida y me van a meter a un coche” y yo no he tenido niñas. A mi cuñada le dijeron que se sacó la lotería y le pidieron dinero para darle el premio y perdió dos mil pesos.

M. y si eres diabético, ¿cómo se controla el susto?

F. bájale al estrés. No tienes diabetes pero con una impresión muy fuerte, nos daña. Nos ataca y afecta. Mi cuerpo grita de dolor.

Comentario. La calidad de vida en la Ciudad de México, se ha deteriorado por inseguridad; por Pobrezas de Subsistencia en el Estar (entorno social); por Protección (la población siente que

no se puede defender); por Afecto (sus espacios de intimidad están violados) por Participación y Ocio (algunos ya no quieren salir a convivir y se aíslan); Libertad (pierden plasticidad espacio-temporal); Entendimiento (la población no sabe qué hacer con su estrés).

Estas Pobrezas generan Patologías como deterioro de las relaciones personales y familiares; y formas poco sanas de actuar el estrés: adicciones, más violencia, etc.

14.

M. ¿el estrés da por mala alimentación, o por qué?

Dra. Genéticamente hay predisposición por la concentración de serotonina. Pero el ambiente donde se desarrolla la persona también importa. En el fondo, todos manejamos estrés y lo peor es que somatizamos como colitis, gastritis. Hacemos corajes, pero si decimos es por estrés, tenemos que hacer estudios.

F. Y ahorita que la doctora mencionó a los niños, empieza por saber cómo nos enseñaron a manejar el coraje, el estrés y las emociones en general. Antes decían que al niño no le dejáramos enojarse, patallear, ni gritar. Y le decíamos “no se hacen berrinches” y el niño va creciendo como una olla de presión. Y ahora los papás están aprendiendo a permitir que maneje sus emociones.

Dra. Exactamente . Es que si uno tiene un carácter estable, decimos “es mi pareja”. A lo mejor no me está entendiendo, no nada más es mi hija, es de los dos y deben los dos que..

L. Yo soy insulino dependiente. Me dio hace dos años un coma de 1800 y el papá de mis hijas también se enfermó. Se termina la economía y tengo que entrar a trabajar. Como él no me dejó terminar de estudiar, no podía trabajar. Me malpasé y no comía. Desde niña tenía hipotiroidismo. Yo estaba seis meses en el hospital y no me bajaba el azúcar. Mi segundo esposo, porque me volví a casar, “ Salí con 450 de azúcar en la sangre y me bajó a 45. Ya me querían regresar al hospital. Entonces aprendí a comer y cuidarme. Vengo de una familia diabética y mi abuelo tuvo retinopatía y mi papá murió de diabetes. A mí me ha costado mucho trabajo controlarme. Antes, a las dos de la tarde me la pasaba con unas papas y un refresco. Ha sido bien difícil. Me decían “échale ganas” pero no es tan fácil. Con una zanahoria me subía a 80. Yo decía, “si como lo que se me antoja...”

F podríamos tomar en cuenta que el estrés genera descontrol. No puedo evitar los problemas, no podemos irnos a vivir a marte y en nuestro ambiente los problemas van a seguir pero si voy entendiendo lo que el estrés hace a mi cuerpo, podemos soltarlo. No podemos evitar la llamada del exterior. Si el metro se estaciona en el túnel, eso no lo podemos evitar. Vamos a soltar el estrés usando nuestra respiración.

Con sus manos en sus piernas, respira. Cierra los ojos y fíjate como inhalas. Sigue el recorrido que hace tu respiración y con eso, entras a ti mismo. Procura inflar tu estómago al inhalar, permite que el aire llegue hasta tu estómago y al exhalar entreabre tus labios y permite que todo salga al exhalar. Siente cómo el aire, al penetrar en tu cuerpo, recorre todo él. Y ahora empieza a identificar problemas en tu cuerpo, pensamientos o emociones. ¿Qué cargas en este momento? ¿Qué dolor, sentimiento o incomodidad física? ¿Qué cargas? Identifícalo y ahora al exhalar, echa

fuera eso que te está molestando y en tu mente pon un mensaje claro: “lo que me molesta, el miedo, afuera; el dolor, fuera” con tu conciencia alerta que te estás deshaciendo de lo que te molesta. Inhala despacio y profundamente con la confirmación de que te estás descubriendo una herramienta que tienes contigo. Lo que te molesta va hacia afuera y empieza a experimentar esta conexión contigo mismo y cómo los músculos se aflojan cuando los oxigenas y los liberas. Recorre tu cuerpo y aflójalos suavemente, exhalando y descargando toda tu tensión. Esto lo puedes hacer cada vez que necesites o que te acuerdes que liberar el estrés es salud física y emocional. Inhala paz y descarga temor. Inhala tranquilidad y descarga enojo. Inhala confianza y descarga ansiedad. Inhala paz y descarga vacío, falta de sentido. En este estado de tranquilidad, reconoce el problema que te causa el estrés que has estado sintiendo últimamente. Deja de cargarlo y ponlo fuera para que puedas conocerlo, analizarlo y decidir qué hacer con él sin tener que traerlo a cuestras. Inhala profundamente y siente cómo se expande tu vientre. Toma tres respiraciones profundas y despídete de lo que te estorba, de lo que te molesta. Inhala profundamente y al exhalar haz contacto con tu cuerpo. Escucha los sonidos del ambiente, y regresas al aquí y ahora. Conéctate con tus pies apoyados en el piso, tus manos apoyadas en tus piernas; siente tu cuerpo, el roce la silla, mueve tus hombros, tu cabeza, estira tus brazos como si estuvieras despertando. Frota tus manos una contra otra y ese calor, pónlo cerca de tus ojos. Abrelos y ciérralos y que este calor beneficie tu vista y con este calor, masajea todas las partes de tu cuerpo. Muy bien. Nos vamos con este beneficio y sigan practicando este ejercicio en sus casas. Nos vamos porque hoy nos pidieron el aula más temprano.

Comentario. El estrés como Patología, genera las Pobrezas de Subsistencia (mala salud física y mental, desequilibrio orgánico), de Protección y Afecto (altera la vida emocional personal y comunitaria), de Entendimiento (dificulta el aprendizaje), de Participación (dificulta la cooperación, negociación de derechos y responsabilidades), de Ocio (muy difícil disfrutar la recreación), la Creación (disfrutar del trabajo), de Identidad (ser algo más que estrés) y Libertad (tener opciones).

Por eso el énfasis en el programa, para manejar el estrés adecuadamente.

Por otro lado, L expresa las Pobrezas que vivió en su primer matrimonio, donde frente a la pérdida de salud propia y de su marido, su bajo nivel de escolaridad y su falta de libertad (*“como él no me dejó terminar de estudiar no podía trabajar”*), en principio la limitaron; pero su Trascendencia fue que, en el segundo matrimonio, ya trabaja.

Sin embargo esta nueva opción también le genera estrés porque ahora: *“trabajaba pero no veía a mis hijas y mi casa me angustiaba.”* Esto es una Pobreza compartida por un amplio sector femenino, que al combinar sus roles de ama de casa/madre de familia y trabajadora, vive estresada todo el tiempo.

La facilitadora les pide que se apropien del ejercicio de relajación, para practicarlo cada día.

Dentro de los satisfactores violadores, encontramos otra vez la burocracia, que por un lado organiza el uso de los espacios pero que, por otro lado, decide unilateralmente cómo y a quién los asigna.

15.

F. ¡Felicidades a los que llegan a tiempo!. Los felicito. ¿cuál es tu nombre? (va recorriendo gente que no conoce).

C.Q. A. V. H.

F. ¿Qué tal si empezamos con un poco de ejercicio? ¡Qué gusto! ¡Qué bueno verte!.

C. tengo que ir a sacar mi cita, perdone..

F. ¡Bien! Venga cuando pueda. Aquí estamos, de 9 a 11. Tú, ¿estás apegado al tratamiento?

Q. No, sólo llevo dieta y ejercicio. Me van a operar. Ahora estoy en la unidad 103.

F. ¿tu cirugía está pendiente?

Q. Sí.

V. ¿te atiendes con la Dra. Vargas?

Q. No, con un doctor. Pasó un señor a invitar a esta plática y mis papás fallecieron de diabetes, así que tengo antecedentes y por eso vine.

F. Muy bien. Los antecedentes nos ponen como una semillita de diabetes, y hay que cuidar que no crezca. (mira a otro presente) ¿tú tienes antecedentes?

A. sí, mi papá.

F. Dicen los estudiosos que en nuestra raza hay un factor que nos predispone.

V. Yo les hago su folder a los expedientes y por eso sé que como el 80% provienen de papás con diabetes.

F. Sí. Es seria la cantidad de personas con diabetes. Algunos lo atribuyen a los alimentos porque dicen que les ponen hormonas a los animales, y también les ponen fertilizantes a los vegetales. ¿Tú eres antojadizo?

A. Antes sí, ahora no. Dejé el refresco. Pero el pan de dulce sí se me antoja.

F. Hace unos días, la Presidencia firmó un acuerdo con los de la industria de la panificación para que les pongan menos sal al pan. Y esto, porque la sal eleva la presión arterial. Me dijeron que debíamos temer los tres venenos blancos: sal, azúcar y harina. A veces preguntamos ¿qué voy a comer? Hay que revisar la dieta. ... ¡hola!

H. él tenía 540 de azúcar. Lo tuve internado. La más es de 120, 115.

F. ¿ él lleva control?

H. no antes, ahora sí.

F. después del susto....

H. sí, se le inflamó el brazo, la mano, dos dedos no los puede dominar. Le dieron cita hasta la una. Le digo, ¡vamos a la plática!

F. y ahora, ¿cómo está?

H. bien, ahora 120.

F. ¿se inyecta insulina?

H. sí.

F. ¿ya sabía que tenía diabetes?

Y. sí, pero choqué con un tráiler. Primero tomaba pastillitas, pero después..

F. está complicado, porque las emociones extremas alteran la glucosa: el enojo, la tristeza, hasta una gran sorpresa como que me saqué cinco millones en la lotería.

G.. no, me conformo con 120 mil, aunque se me suba la glucosa, ja, ja (todos ríen).

H. sí, y le dolía la cabeza, pero gracias a Dios ya está mejor.

F. Por eso aquí aprendemos del tratamiento. Es el manejo del estrés. Si no sé cómo manejar las emociones, nos exponemos a que nuestras emociones desbordadas nos causen descompensaciones. ¿Cuánto tardaron en atenderlo?

H. pues duró como quince días. Con el tratamiento no se lo podían bajar. Se internó aquí y le dieron el pase. Pero vivimos hasta Veracruz, por eso no podemos venir más seguido. Nos perdimos dos pláticas.

F. por eso vemos que las emociones, el manejo del estrés es importante. Por ejemplo, en este caso, que el choque.. Pero hay estrés que no podemos evitar. Alguien me decía, “antes me enojaba, pero ahora no le hago caso a nadie.” Eso no es vivir. Más bien, es entrenarnos para saber manejar el estrés. A veces nos damos cuenta que desde el pasado hemos acumulado enojo, tristeza. Bueno, tenemos que aprender a soltarlo. Por eso vamos a hacer ejercicio. Y ML nos va a guiar.

ML. Bueno, vamos a empezar a mover nuestras manos, haciendo círculos suavcito. Y luego vamos a hacerlos hacia abajo, hacia arriba, ahora extendemos nuestros dedos, hacia abajo, hacia arriba. Extendemos nuestros dedos, ahora movemos nuestras manos hacia los hombros, ahora queriendo abrazar el cielo y hacia adelante, las bajamos. Ahora movemos nuestra cabeza, queriendo tocar con nuestra oreja el hombro. Ahora hacia al frente, como escuchando lo que pasa dentro de nosotros. Movemos cabeza hacia el frente, hacia atrás, ahora hacemos círculos, despacio para no marearnos. Hacia el otro lado. Vamos a mover los hombros, como si fuéramos niños y diciendo “no me importa”; esto nos ayuda a soltar cositas que nos estorban o pesan mucho y luego, ni son nuestras. Ahora movemos la cintura, ahora nos vamos hacia las piernas. Movemos punta-talón, punta-talón. Hacia la derecha, hacia la izquierda. Con el otro, punta-talón, como cuando

éramos niños y nos sacaban en el baile de la escuela. Ahora estiramos un poquito, doblamos, estiramos, lo movemos hacia el lugar. Ahora el otro adelante, doblamos-estiramos, abajo.. Otra vez, ahora nos doblamos hasta abajo, hasta donde podamos hacer un recorrido rapidito....

F. Ahora para arraigarnos vamos a hacer golpecitos en el piso con los pies y aprovechamos para sacar lo que nos entristece, nos enoja, para aplastar lo que no nos gusta, que se oiga, con energía. Ya ven, bien, ahora respiro profundo para tranquilizar toda mi energía. Gracias ML. Nos damos cuenta que al respirar profundo inhalo, retengo 3, 4, 5 segundos, exhalo y eso me da calma interna. Con estos golpes en el piso, si observo a los pequeños cuando patalean, el cuerpo, el organismo está pidiendo descargar el coraje, le llamamos berrinche, pero su cuerpo tierno, naturalmente avienta el estrés y nosotros se lo combatimos. Ahora como adultos podemos patalear y sacar el enojo. Cada uno tenemos un lugar para guardar coraje en el cuerpo.. tú, V ¿dónde lo guardas?

V. en el estómago.

F ¿y tú?

A.También.

F. ¿tú?

H. igual.

F. bueno, entonces yo puedo empezar a hacer mi berrinche en un lugar privado y después de cinco minutos de patear, se me sale. Por ejemplo, si dejamos al niño que exprese y descargue la emoción que sea, luego le decimos “cuando acabes de chillar y patear vienes conmigo y platicamos”.

D. La nieta que tenemos de cinco meses, patea cuando no quiere la leche. Hace un berrinche y luego se duerme.

F. Fíjate qué sabia es la naturaleza. No nos dejamos manipular por el berrinche, pero no tenemos que cortárselos. Necesitamos saber que el niño necesita descargar sanamente sus emociones. Nosotros aprendimos otros modos. Pero no se trata de pelear o agredir a otros. Pero sí digo, “tengo tanto berrinche, que voy a sacarlo de mí, para mi salud”. Hay muchas formas, hay quien corre mucho..

Comentario. En esta sesión se cita una Pobreza de Subsistencia, que tiene que ver con el entorno social, donde la lógica de la producción es la ganancia, y no satisfacer las necesidades humanas saludablemente.

Frente a la promoción de Patologías por consumos inadecuados, cualquier intento en sentido opuesto, ya sea de la sociedad civil o del gobierno, es bienvenido.

Por otro lado, el curso enfatiza la necesidad de ajustar la dieta al consumo sano, que las nutriólogas informan y refuerzan constantemente.

Igualmente, la facilitadora invita al manejo adecuado de las emociones, a través de la descarga. También ayuda a los pacientes a reconectarse con su propio cuerpo, identificando sensaciones. Practican ejercicios que pueden realizarse en espacios muy reducidos.

Un aspecto interesante es que, frente al ejemplo de que hasta sacarse cinco millones en la lotería puede alterar las cifras de glucosa, una participante expresa *“me conformo con 120 mil, aunque se me suba la glucosa, ja, ja”* (todos ríen). Y esto significa que existe una percepción grupal de Pobreza en cuanto a recursos económicos, y un anhelo por el golpe de suerte que podría ayudarles.

16.

F. JG nos dijo que hoy es el último día del ciclo de cuatro meses. Hoy, que no han venido todos, como D, S y N. ; no pueden decir algunos que han tomado todo el programa, por eso no podemos hacer un cierre porque la mayoría son de recién ingreso. Esto es un ciclo continuo. Por eso les doy la bienvenida al nuevo ciclo. ¡Hola M! ¿cómo estás? ¡buenos días! Por eso les pregunto qué esperan de este programa. V, ¿tú te acuerdas cómo se llama este programa?

V. curso-taller de.. diabetes..

F. ¿para?

V. para pacientes y sus familiares..

F. para pacientes ambulatorios

J. ¿no es programa de apoyo?

F. sí, es un curso-taller porque se hace en forma de taller, donde

M. ¿se trabaja?

F. sí, venimos a trabajar todos juntos, llegamos a un lugar donde trabajamos y aprendemos cómo tener mejor calidad de vida; a pesar de tener diabetes, podemos tenerla. ¿Saben qué es calidad de vida?

M. que ya no me duelan los huesos.

F. eso no te lo garantizo.

H. no, pero sobrellevarla.

ML. sí, no mentir que no tenemos diabetes, pero es vivir mejor con mis cuitas.

V. y calidad de vida física y emocional. Tanto el conocimiento de la enfermedad física, como el problema de las emociones. Por eso es completo y a veces hasta lo espiritual..

F. Sí, y los médicos a veces no consideran lo espiritual.

Dra. Yo sí.

F. ¡ah qué bien!. Pero es que el ser humano es un ser bio-psico-social y espiritual. Espiritual no es sólo ser religioso. Hay quien tiene distintas prácticas religiosas y quien dice “yo, ninguna”. Pero de todos modos, a veces sentimos un vacío y entonces necesitamos también algo espiritual. Esta es la introducción al programa. De 9 a 10 nos dedicamos a esto y de 10 a 11 la Dra. Villalobos, que está aquí y es un pilar del programa, y yo les sugiero que cualquier duda la anoten y la traigan aquí. Nos da cátedra. Aprovechen su presencia. Pero cuando hablamos del título del taller, se trata que se lleven trabajo a casa; reflexiones, ejercicios, ver cómo vivimos para ser seres humanos más completos, más integrados, que mi calidad de vida sea mejor. “pacientes ambulatorios” significa que no están internados. “con diabetes mellitus”, como ustedes con ese diagnóstico. “y sus familiares”, ¿por qué creen que también a sus familiares?

P. porque saber qué necesitan y que ellos y nosotros sepamos cómo tener más calidad en la vida..

F. exactamente, Paty. No es sólo el paciente, el enfermo, sino toda la familia y una fuente de estrés es cuando el enfermo no se siente protegido o cuando no lo atienden, o cuando es sobreprotegido, todas las actitudes extremas causan estrés. Cuando el familiar comprende qué pasa, empezamos a sanar este padecimiento. Es importante que los familiares conozcan la enfermedad y sean el apoyo real y que el paciente sepa que tiene que trabajar él con su propio medicamento, que se tienen que mover, no esperar a que alguien haga por uno lo que le corresponde. Y a veces abusa y empieza a usar la enfermedad como un chantaje. Nada de que “no me has dado la pastilla”, si mi cabeza funciona y yo me muevo. Agradezco lo que hacen por mí, pero no depende de ellos. El apapacho, con o sin diabetes, nos hace falta a todos, pero no se vale abusar. Esto es educación en diabetes. Por ejemplo, la semana pasada, ¡cuánta información nos dieron sobre la insulina!

M. sí, porque yo creía que si nos daban insulina, ya nada más nos quedaban 2 meses de vivir..

V. Yo llevo ya tres años inyectándome.

F. y luego, te lo encuentras bailando.

B. sí, mi mamá ya lleva mucho con insulina y está bien. No carga el montón de medicinas y se ve mejor ella que yo. Dije “si mi mamá pudo, por qué yo no”. Ella se ha sabido querer y valorar y yo no me quería aceptar. Tampoco quería la insulina. Y ahora siento yo que estoy un poco mejor. En 10 años no quería. Pero ahora he tratado de vivir mejor.

F. ¿oyeron lo que dijo B? “mi mamá sí se quiere”. ¿será importante querernos? ¿Aquí hay alguien que se caiga mal? Jajaja (todos ríen). A veces nos vemos en el espejo y nos decimos “¡qué mal me caes!”. Esa es una tarea de todos los días, preguntárnolos.. ¿te acuerdas M?

M. ¡sí! ¿cómo me siento? ¿cómo estoy? ¿qué necesito?

F. Sí. No como letanía, sino sintiéndolo y pensando “ a veces necesito un abrazo, a veces, estar solo, o alguien que me escuche”. A veces dejo pasar mis necesidades y ni me doy cuenta qué frustración tengo. Cada día trae lo suyo; con conciencia y verdad, podemos decir qué necesito. Y como la mamá de B, “sí tengo diabetes y necesito insulina, pero vean cómo estoy y cómo me siento”. También puedo llegar a la otra pregunta: “¿qué merezco?”.

L. a mí, cuando me tomaron el azúcar, no sentí nada cuando me dijeron “es diabética”. Un psicólogo me dijo “es cómo lo tomas. Puedes decir ya me voy a morir o saber que con eso voy a vivir y llevas tu vida como tú quieres: canta, salta, baila”. Y así lo he hecho. Yo a nadie le digo qué tengo. Hago mi quehacer y en la tarde ya descanso. Mi hermano dice: “te haces, ni tienes azúcar. Mira tus chapas.”. Le digo “sí tengo, pero si voy a llegar a estar mal, tú me vas a decir ve al doctor.” Esa es mi vida y yo ando aquí feliz.

F. y dices, “en la tarde ¿sí me siento cansada?”

L. no, ya en la tarde sí.

F. ¿pero por el trajín y no sólo por la diabetes?

L. sí, conozco que dicen “ay, ya se me subió el azúcar, ya se me bajó”. Sólo están pensando en el azúcar. Sé que no la voy a soltar, ni ella a mí. ¿Qué nos queda? Amar nuestra azúcar.

F. que no quiere decir que el azúcar haga lo que quiera. No obsesionarme, pero estar pendiente. Hay quien llega a la plática enojado porque “ya me dijeron que tengo diabetes y ya me voy a morir”

P. pero ni sabemos; es la fuerza de voluntad.

F. a ver, vamos a ver quién gana. ¿quién lleva 3, 5, 8 años de diabetes? ¿entre 8 y 10? ¿entre 10 y 12? ¿entre 12 y 15? ¿entre 15 y 20? ¿20 y 25? ¿alguien más de 25?

V. yo, entre 20 y 25.

F. bueno, si al momento del diagnóstico decimos “ya me voy a morir “ y estamos tristes, enojados, con miedo.. y si Diosito me dice “tal día te mueres”, ¿cómo queremos vivir esos días?

C. Yo tranquila. Yo prefería el nopal, que la insulina. Pero la doctora dijo “se trata que nivelemos bien el azúcar y con el tiempo se la quito”. Yo pensé que ya me iba a morir.

V. eso pensamos todos.

D. es que pensamos, “ya no vamos a ver”.

S. por eso esta plática es buena.

M. a mí me dio el volantito de la plática otro señor.

R. tengo un joven con insuficiencia renal y luego no puedo venir. Pero me hice un tiempito y lo encargué. Yo por eso vine, porque ahora me toca a mí. Me hice el propósito hoy por hoy.

F. y a la plática que vienes, te sirve para estar mejor y atender mejor a tu hijo.

R. sí, le dijo “te atiende más”. Pero como somos sólo dos, pues le dije a mis nueras.

F. sí, vas a ver por ti, para dar mejor servicio. Espero verte cada jueves.

G. Pero lo que aquí aprendemos de lo que creemos, va a otras cosas de nuestra vida. Yo no tengo diabetes, pero aquí nos dan conocimiento. Ya me dio susto y mejor me prevengo. No cuidamos como comemos pero hoy tengo cuidado. Esto nos da conciencia con información.

F. gracias.

V. yo quería preguntarle a la señora quién atiende a su hijo..

R. aquí en el hospital, en nefro. Tiene una fisura por una piedra y van a ver si la fisura ha crecido. Pero hasta las doce le dan el servicio. Tiene doce años tratando sin diálisis. Mi niño es minusválido. El está aquí desde el siete de abril del 2001 y lo ve la doctora Flores y otros.

V. ¡ gracias! No es diálisis...

R. ya no es candidato a diálisis, sino hemodiálisis. El año pasado, de mayo a mayo, ni siquiera tuvo cita. Ahora va a nefro, uro (urología), que lo valoren por sus piedras. No lo dejo para nada. El me necesita mucho a mí porque somos sólo los dos.

F. así como este caso, bastante fuerte, nos damos cuenta que todos necesitamos de todos. Cuando nos queremos a nosotros mismos, podemos ser más útiles para los demás. Necesitamos calidad de vida para atenderme y atender a los demás, con las limitaciones de cada uno.

R. Yo antes con mi hijo me desesperaba y gritaba. Estoy aprendiendo a vivir con su enfermedad y la mía.

F. no es que amen la enfermedad, pero sí es mi circunstancia, podemos aprender qué hacer.

R. los doctores me dicen “¿cómo le hace?” Yo lo baño, lo paro, todo. Uno aprende.

F. es una labor fuerte para tu espíritu, que se nota en cómo hablas. Es también fuerte y no que te acerques como madre llorosa.

R. es duro, pero aprende uno y se fortalece.

F. es importante, porque es carne de tu carne y todo lo que le pase, te duele.

R. duele demasiado, pero hay que sobrellevarlo.

F. y esa fortaleza te ayuda a enfrentar la circunstancia. A ti te toco eso, a otros, otras circunstancias. ¿De dónde sacamos fortaleza? ¿Dónde la compro? ¿Dónde la encuentro?

D. de uno mismo.

F. ¡exactamente!. De uno mismo. “yo puedo”, “yo quiero” es una buena decisión. De todos modos, tenemos nuestras caídas. **Q** ¿de dónde salió tu fortaleza?

Q. no supe.

F. ¿te cayó del cielo?

Q. no, de muy dentro y poco a poco. El miedo no se quita, pero ya es menos.

F. le pregunto, porque la ven tan tranquilita...

Q. puedo comentar, que siento puro miedo. Me van a hacer el estudio de la garganta.

F. ¿por la gastritis?

M. pero no duele, ni es peligroso.

F. pero cuando se han pasado tantos procesos como los del cuerpo de **Q.**

Q. pero qué tal si me dicen que es cáncer otra vez, hasta pensé en irme a echar al metro o ni siquiera bañarme.

F. ¿cuándo te pasó eso?

Q. hace diez años, pero ya conocí luz, verlos a ustedes..

F. y ¿ha valido la pena?

Q. sí, muchísimo.

F. eso es lo que vale. El problema de cada quien, para uno es lo más grande. No es competencia. Cada uno tiene que trabajar consigo mismo. Si lo trabajas desde el miedo, rechazo, incertidumbre, enojo. Enoja vivir lo que no planeamos. ¿Qué voy a hacer? Aquí aprendemos cómo aprendo a trabajar con achaques, emociones, lo que vivo. Oyendo a **R** no oigo quejumbre, lamento en lo que está relatando. Parece dedicada a lo que hace...

V. ni se oye en el enojo..

F. sí y también tendemos a echar la culpa a otros, a Dios, a la vida. Si esto me está pasando, lo voy a vivir de la mejor manera y lograr decir “estoy bien” quiere decir, “estoy viviendo bien lo que me está pasando”. ¿Creen que lo podamos aprender? ¿Quieren hacerlo?

(todos) ¡sí!.

F. ¿creen que cuando acabamos con un problema ya no hay otro? ¿o un reto se acaba y ya?

(todos) no.

F. en esta búsqueda nos tropezamos con los más cercanos. A veces si yo cambio y pongo límites a otros, no les gusta. ¿Cómo, ahora con quién te estás juntando que te estás volviendo

desalmado? No lo van a creer, pero una señora estaba triste y su esposo era violento y un día le dijo “a mí no me vuelves a pegar”. Y el señor vino y dijo “vengo a ver qué tanto le dicen a mi señora, que me la están cambiando”. No siempre los cambios le gustan a otros.

Dra. Vi. Pues sí. Hablando de la enfermedad, no sabemos si es una enfermedad hereditaria. Desde el punto de vista de este apoyo a pacientitos diabéticos o con carga genética de diabetes, es importante evitar que no sea gordita ni comedoras compulsivas de dulces y chocolates, es importante hacer ejercicio y no buscar problemas gratuitos y no estar en estado de estrés continuo. Estos son factores de riesgo. Ustedes tienen que ser sus médicos, nosotros los vamos a orientar pero quien sabe cuándo les subió o bajó el azúcar, cuando ven borroso, ustedes tienen que revisar sus ojos, pies, boca. Necesitan saber qué tipo de zapatos usar, cómo está mi corazón. Saquen su cita, vengan a que los valoren. El médico tiene obligación de checarlos, revisar sus triglicéridos, presión y estado general. Es importante estar lo mejor posible y esto sólo con chequeos. Necesitamos hacerles todo un estudio y decirle al paciente “usted está en este momento de su vida”. Y empieza desde la carga que tiene la familia. Luego pasa la fase clínica, con glucosas arriba de lo normal y que se pueden hacer más problemáticas y luego la última fase, cuando ya se tiene complicaciones. Aquí es una panorámica de la historia del padecimiento.

F. Ahora va a estar la Dra. Vargas que hace muchos, junto con la Dra. Armenta, inició estos grupos. También participó José Guadalupe y no se dan por vencidos.

Dra. Vargas. Les voy a comentar que ésta es la última clase de este curso que empezamos hace cuatro meses, donde platicamos lo más importante de la diabetes. Desgraciadamente tenemos mucha diabetes en México. La próxima semana entregamos diplomas de los pacientes que estuvieron todo el programa. Y volvemos a empezar, para que refuercen sus conocimientos y tengan un buen control de la diabetes. Hay quienes vienen sólo la primera vez. La segunda vez nosotros hacemos una valoración para saber qué se les quedó grabado. Para el equipo es importante valorar qué no entendieron para reforzar sus conocimientos. Por ejemplo, usted se acuerda ¿cuáles son los tipos de diabetes?

x. 1 es del adolescente. 2 es del adulto. También hay gestacional, que es del embarazo. Otra es la secundaria y otra es la insípida.

Dra. Exactamente. ¡Felicidades! Sí se le quedó. La diabetes mellitus (el nombre) viene de miel, azúcar. Otra pregunta, ¿usted se acuerda cuál es el control de la diabetes?

y. me acuerdo del medicamento, de la alimentación y del ejercicio.

Dra. Exactamente. Y yo le agregaría otro elemento, que es la educación para saber cómo nos vamos a cuidar. Estas cuatro son muy importantes. ¿Qué es la insulina? ¿usted se acuerda?

z. la produce el páncreas y tiene una disminución. Entonces hay que meterla por una inyección para equilibrarla.

Dra. ¿y eso de que la insulina nos deja ciegos?

j. es un mito. Al contrario, la necesitamos.

Dra. Muy bien. Esa creencia de que nos daña, es ignorancia. El paciente se niega, porque desconoce la acción de la insulina y se van sin control adecuado. Veán lo grave que es esto. Dicen “no, no me pongo la insulina”. Entonces ¿qué les ofrecemos? Y regresan en mala condición. Mucha gente piensa que la pastillita va a hacer su trabajo y ya me olvido. Acuérdense, la diabetes es progresiva, no estática. Hay que hacer cambios, la enfermedad nos va cambiando y hacemos también cambios en el medicamento. ¿Usted nos podría decir qué es una dieta, qué entendió por dieta para diabéticos?

M. no vine esa vez, pero se supone que es una baja en carbohidratos, grasas y mucha fibra.

Dra. Sí, ¿qué elementos tienen fibra?

M. cereales, leguminosas..

Dra. ¿quién podría redondear?

R. el nopal.

Dra. Sí..

R. las cinco colaciones o tiempos que son: desayuno, colación, comida, colación y cena. Un diabético no puede pasar mucho tiempo sin comer, sobre todo si usa insulina.

Dra. Muy bien. Los alimentos con fibra son básicamente frutas y verduras. Para el diabético es necesario un cambio de vida, cambio de horarios para ingerir alimentos porque el medicamento va a bajar el azúcar que yo produzco y el efecto dura más o menos seis horas. Algunos creen que si uno cena, aumenta el azúcar. Además de ingerirla, nosotros producimos azúcar. En nuestro cuerpo, todo es un ciclo. Si tomo medicamento en pastillas dos por día o insulina 1, 2, 3 veces por día según estoy descontrolado, por eso la alimentación es importante. Si no, genero hipoglucemia y si me salto alimentos porque tengo mucho trabajo. Si te aplicas medicamento que baja el azúcar y no desayunas, bajas el azúcar. Y luego dicen, “la insulina me dañó”, pero es un mal hábito. La insulina hace su acción y yo debo tener horarios de alimentación y no dormirse sin cenar o merendar. Eso es básico, entender que tengo que cambiar mis malos hábitos: no comer alimentos chatarra, antes podías comer de todo y no pasaba nada. Después de los treinta años, el 40% de las vísceras no trabaja como antes. El chicharrón ahora me inflama porque el intestino ya no trabaja igual. Esta enfermedad es celosa, si no hacemos caso, nos da molestias. ¿usted sabe qué es el automonitoreo?

L. no.

Dra. No sabe. ¿quién sabe?

M. es checar el azúcar.

Dra. ¿cada cuándo?

M. diario.

V. depende del medicamento, puede ser dos horas después del alimento.

Dra. No, ¿no vino el del laboratorio a hablar del automonitoreo?

D. es tomar la glucosa para saber qué niveles tiene uno, apuntarlos. Algunos tiene que apuntar diario, otros cada ocho días, como se lo indiquen.

Dra. Exactamente. Es ir checando el azúcar. Hay quienes se pican diario y se lastiman. Son más lábiles. No se deben picar diario a menos que estén descontrolados. Luego, de dos a tres veces a la semana. Hay tiempos. El fin de estarse picando varios tiempos al día es porque vamos a checar los niveles normales. Para saber si el medicamento es el adecuado, acuérdense que después de las comidas aumenta el azúcar. Debemos de checar picos, por ejemplo, antes de cada comida está en 95 o 100 y después del alimento, a lo mejor sube a 200. Quiere decir que no estoy bien controlado. Para evitar picos, se toma el medicamento. Les comentamos del estudio de la hemoglobina glucosilada que nos da el promedio de glucosa de los últimos tres meses y vemos si estamos controlados o no. Debemos tomar la glucosa 2 o 3 veces en el día y antes de dormir porque por la noche producimos glucosa. Esto es el monitoreo, yo en varios momentos del día monitoreo cómo estoy en los niveles de glucosa. ¿Cuáles son los exámenes básicos de laboratorio para saber si soy diabético?

H. de sangre y orina.

Dra. ¿cómo lo pide? Acuérdense que estamos aprendiendo..

S. que la Doctora me lo ponga en un papel.

Dra. ¿pero cómo lo pide en el laboratorio? Como un estudio de glucosa en ayunas. Pero no todos son en ayunas, también lo pide como glucosa postpandrial.

H. unos te miden, te mandan a desayunar y te vuelven a medir..

Dra. Sí, llevando la dieta,

M. ¿cuánto sería lo correcto que aumentara?

Dra.Vargas. Hasta 140.

Dra Villalobos. A veces llegan pacientes quienes eligen si quieren o no ponerse insulina o tomar medicamento. Pero ustedes tienen que ponerse lo que se les manda. Eso no debe ser.

Dra. Vargas. Es importante que aprendan el uso del glucómetro. El examen de laboratorio nos da una idea de cómo andan, pero ustedes deben automonitorearse para saber si en realidad estoy con el medicamento, ejercicio y dieta adecuada. Acuérdense que las complicaciones se presentan en pacientes no controlados. A los 140, 150 presentan complicaciones que depende de ustedes si se presentan más temprano o más tarde. Este curso les hizo meditar que la diabetes es una enfermedad crónica, paulatina y degenerativa.

G. cuándo nos piden un examen en ayunas, ¿cuántas horas se debe estar sin alimento? ¿si yo tomo un medicamento, me lo tomo o no?

Dra. Son doce horas. Usted toma su cena normal con dieta y al día siguiente no come nada antes del estudio. La mayoría tienen medicamentos hipertensivos y vienen con presiones altas. La medicina para controlar la presión alta no cambia nada y sí los protege. Si vienen en transporte público que es un viacrucis y por la violencia, si les toca desgraciadamente un asalto o lo que sea, les sube la presión y están sin protección, por no tomar medicamento para la presión arterial. Por eso tómense su medicina para la presión arterial tempranísimo, en ayunas con agua y no cambia nada. Pueden venir problemas más severos. Mucho cuidado. ¿alguna otra pregunta? Acuérdense que la próxima es la entrega de diplomas. En agosto podemos dar pláticas sobre algo que preguntan mucho y es sobre la disfunción eréctil, más pláticas sobre ejercicio. Nos falta tiempo para comentar sobre muchos otros temas. Por eso me da gusto que me preguntan y tengan interés, aprovechen el tiempo.

S. Dra, ¿cuándo hacen el estudio del agua?

Dra. Ésas son varias tomas, es el estudio basal, son cuatro piquetes. Se mandan si hay dudas de que un paciente sea diabético o no y son varios piquetes. Bueno, yo los espero el próximo jueves con JG, que es el que lleva la lista de asistencia. Vamos a convivir y a preguntarles qué más necesitan. Inviten a la gente, nos da gusto ver el salón lleno porque sabemos que les interesa el tema. Este es tiempo para ustedes, que a veces en el consultorio no tenemos. También esperamos que nos digan qué plática les interesa, y juntos hacemos un grupo bonito.

V. Doctora, también quiero comentar que es importante para sacar mitos, como no tiene uno el conocimiento necesario, yo no me tomaba medición para la presión ni los triglicéridos y hace daño. Y no nos afecta nada el examen de la glucosa. Pero hay muchas cosas como el examen de la insulina. Creo que es muy importante asistir al curso-taller y que participemos todos para que las doctoras sepan nuestro sentir y es conveniente estar aquí, aquí los esperamos.

F. Y hablamos de que algunos van a recibir su diploma pero no quiere decir que no regresen. Y si no reciben su diploma quiere decir que pueden completar su ciclo y entonces recibirlo.

V. F, también sería importante que nos dijeran que otros temas necesitan.

Dra. Vargas. Y siempre necesitamos de la parte de F. Acuérdense que el ser humano no se puede dividir, es un ente complejo y completo. Si el paciente está deprimido, le sube el azúcar. Aparte del medicamento y la dieta, deben revisar sus emociones. Por eso este curso es muy completo, también tratamos estos otros temas.

F. tenemos el caso del compañero con 540 de glucosa después del choque. Por esto corroboramos que la emociones afectan el nivel de glucosa. Así que se puede medir de qué tamaño fue el susto: de 540.

Dra. Villalobos. Yo quisiera hacer hincapié en esto. Si el laboratorio les pide que no tomen pastillas, es porque se va a hacer la toma de postprandial. Entonces no se tomen ni la pastilla, ni insulina. Se traen su desayuno y después del desayuno se aplican la insulina y su pastillita. ¿Quedó claro? Esto es importante.

V. hace ocho días entonces el representante del laboratorio dio su plática y nos hicieron un panorama bien explícito diciéndonos cuánto tiempo nos hace efecto la insulina. No luego, luego. Yo participé preguntando sobre la insulina de 24 horas, pero dijo que no cubre los picos. Dijeron los nombres, hacen su trabajo pero a veces hacen más efecto para los alimentos. Es bueno saber.

M. como a mi esposo que se la pone nada más a las diez de la noche, es la de la pluma.

Dra.¿ Cómo le hacen saber si les está haciendo efecto?

M. porque le hacen análisis de laboratorio. 200 con 10 de insulina. Ahora 18, y tiene que disminuirla.

Dra. Con mi automonitoreo. Si la última vez tuve 300... a veces dicen “me siento bien, por eso no me la tomo”. No me tomo la glucosa, pero me siento bien. Bueno, las manifestaciones de glucosa alta son boca seca, bajo peso, orina mucho. No el 100% de los pacientes diabéticos tiene síntomas. Hay algunos que llegan con 500 de glucosa y sin síntomas. No por eso dejo de ser diabético. No porque me sienta bien. Igual con la presión arterial. Ya me acostumbré y ando caminando, haciendo ejercicio. Veán a lo que se exponen; con una pequeña infección, y llegan a urgencias con un coma diabético. Por eso la importancia de estar automonitoreándose.

F. bueno, aunque hay entrega de diplomas, también trabajamos. Nos vemos a las 9.

Comentario. Esta sesión es muy clarificadora sobre los objetivos y logros del curso. Es atípica en el sentido de que implica la primera experiencia para algunos y la última sesión para otros.

Por un lado la facilitadora da la introducción al curso y por otro lado, la doctora hace un examen oral, general, al grupo.

Con respecto a la parte inicial del curso, también se aclaran expectativas, porque al proponerles elevar su calidad de vida, algunos pacientes esperan soluciones irreales: “ -**F.** ¿Sabes qué es calidad de vida? -**M.** que ya no me duelan los huesos. -**F.** eso no te lo garantizo”.

En otro sentido, los propios pacientes, al compartir su reflexión, motivan a los nuevos para quedarse: “ - **G.** Pero lo que aquí aprendemos de lo que creemos, va a otras cosas de nuestra vida.(se refiere a que se aplica a otros aspectos de su vida). Yo no tengo diabetes, pero aquí nos dan conocimiento. Ya me dio susto y mejor me prevengo. No cuidamos como comemos pero hoy tengo cuidado. Esto nos da conciencia con información.”

La facilitadora advierte que algunos cambios motivados por el curso, pueden no ser bienvenidos por los familiares: “ una señora estaba triste y su esposo era violento y un día le dijo “a mí no me vuelves a pegar”. Y el señor vino y dijo “vengo a ver qué tanto le dicen a mi señora, que me la están cambiando”. No siempre los cambios les gustan a otros. “

Desde la visión de las doctoras, la adhesión al tratamiento es baja, por lo que los pacientes escucharon estilos más autoritarios: “ A veces llegan pacientes quienes eligen si quieren o no ponerse insulina o tomar medicamento. Pero ustedes tienen que ponerse lo que se les manda.” .” Si vienen en

transporte público que es un viacrucis y por la violencia, si les toca desgraciadamente un asalto o lo que sea, les sube la presión y están sin protección, por no tomar medicamento para la presión arterial. Por eso tómense su medicina para la presión arterial tempranísimo, en ayunas con agua y no cambia nada. Pueden venir problemas más severos”.

Por otro lado, las doctoras avalan y reconocen la importancia del manejo integral del paciente: “ *Y siempre necesitamos de la parte de F. Acuérdense que el ser humano no se puede dividir, es un ente complejo y completo. Si el paciente está deprimido, le sube el azúcar. Aparte del medicamento y la dieta, deben revisar sus emociones. Por eso este curso es muy completo, también tratamos estos otros temas.”*

Finalmente, respecto a esta sesión, hay una anécdota graciosa e involuntaria por parte de un paciente quien, frente a la pregunta de la doctora: “ *¿Cuáles son los exámenes básicos de laboratorio para saber si soy diabético?”*, uno de los pacientes responde: *H. “de sangre y orina”*. A continuación la doctora inquiere: “*¿cómo lo pide? Acuérdense que estamos aprendiendo”* y el paciente S responde: “*que la Doctora me lo ponga en un papel”*. (jajaja mío)

17.

F. ¡Hola a todos! ¡buenos días!. ¿vieron la luna anoche?

L. sí. Yo me sentía deprimida. Cuando me dijeron de mi cáncer me deprimía mucho, pero dormía bien, de 10 de la noche a 5 de la mañana.

F. Para mí es muy impactante ver a Alonso Lujambio, fue ¡hola X! ¡buenos días!..ex-Secretario de Educación Pública, un hombre alto, bien parecido, inteligente y ahora se presentó pelón, sin cejas, muy muy delgado con un parche en el ojo, en silla de ruedas. Para ponerse de pie lo levantan entre dos porque no tiene fuerzas. Lo entrevistaban y dijo que sigue en pie de lucha...

M. y dijo que era temporal su parche, porque por el cáncer no ve bien con los dos ojos.

F. sí, me impactó la imagen pero lo que admiro es su espíritu. Y en ese medio de la política, la imagen le es muy importante. Le dieron una ovación en la Cámara. Cada uno de los que están ahí debía dar su voto y él le pidió a alguien que se lo llevara. El presentarse en público con una imagen tan deteriorada y asumirla y presentarse frente a los demás es muy meritorio.

L. a mí me recordó cuando yo estuve mala y ya llevo un mes con depresión.

F. dices “un mes”, pero no se te nota.

L. no, es que también me dijeron de la esposa de mi hermano, que me daba paz y también ahora resulta que a su esposa se le detectaron cáncer. Y me recordó lo que a mí me pasaba..

F. ¿qué te deprimía ahí?

L. el miedo, porque se me paralizaba la cara y quién sabe qué va a seguir.

F. esto estamos sujetos a que nos suceda. Tú has sufrido muchos altibajos en tu salud, pero tú has practicado las maneras de actuar con tus miedos. De esto reciente que pasa, ¿te da miedo por lo que pasa él o por ti?

L. Por él. Porque sé que de mí, ¿qué se van a tragar los gusanos si estoy bien flaca? Hasta bajé cuatro kilos más. He comido mi pedazo de carne, mi tuna, manzana. Ya he sentido bien mi estómago. Sentía el asco y deje de comer un mes. Luego el miedo de mi estómago, de tener cáncer aquí, te enseñé mis estudios. Y dices que debemos darnos cuenta de dónde viene, el origen, y es mi mente de sentir que me da el cáncer otra vez. Pero no me duele nada, me dan calambres y me dan ganas de no comer. Pero sí le doy de comer al viejo. Y a veces tengo ánimo y hasta me llevo al viejo a vender.

F. entonces necesita medicina tu alma con la visualización, la relajación y recordar todo el esfuerzo que has hecho por ti misma. “Ya sé que caer es para volverse a levantar”.

L. (llora). No, pero es que ya voy muy arriba y luego voy pa'bajo..

F. sí, pero acuérdate que te queremos mucho todos y vamos hombro con hombro para que los demás te ayudemos cuando te sientes mal.

L. (llora otro poco y luego se va serenando). Y tengo una pregunta.. ¿qué es la úlcera?

F. en el estómago, cuando esa llaguita se abre y cuando una úlcera se revienta, es grave. A veces es causada por alimentación equivocada. Se irrita el estómago tanto, que se hace esa llaguita. También el estrés lo provoca porque dentro del estómago, esa bolsita genera ácidos con los que ayuda a que se deshagan los alimentos. Cuando estás estresada hay mucho ácido, aunque no haya alimentos y eso irrita el estómago.

Comentario. Una de los elementos usados por la facilitadora es mencionar hechos, personas, circunstancias externas al grupo, de las cuales se puede extraer un aprendizaje.

En este caso, **L** es la tesis, que llega con su depresión y **F** propone como antítesis el espíritu de un hombre que, muriendo de cáncer, muestra su fortaleza asumiendo su deber, lo muestra como un modo de Trascendencia del egoísmo personal, de la “imagen”, del dolor y la enfermedad, de sus limitaciones y abrazando su propio destino.

Al confrontarse con la antítesis, **L** puede llorar, expresar sus emociones, descargarlas y luego buscar Entendimiento: “¿qué es la úlcera?” Terminaría de integrar, a través de su personal síntesis, fuera de la sesión.

Adicionalmente, **F** responde a las Pobrezas de Entendimiento, con información; de Afecto, con expresión de solidaridad; de Protección, al recordarle los esfuerzos que ha hecho en el pasado por su propia salud; y de Identidad, al fortalecer su autoestima. También satisface su necesidad de Creación, al mencionarle los recursos internos que posee como la imaginación e intuición.

La facilitadora le ayuda a Trascender su momento depresivo con la frase: “ *necesita medicina tu alma con la visualización, la relajación y recordar todo el esfuerzo que has hecho por ti misma. Ya sé que caer es para volverse a levantar*”.

18.

F. ¡ Ah, llegó R.! vamos a cantar las mañanitas porque es día de las R.. (todos cantan) “estas son las mañanitas que cantaba el rey David, hoy por ser día de tu santo te las cantamos así, despierta R despierta, mira que ya amaneció, ya los pajarillos cantan la luna ya se metió”. ¡felicidades!. ¿es sólo tu santo o también tu cumpleaños?

R. sólo mi santo.

F. ¿y te lo festejas?

R. ¡no!

(todos ríen) ja, ja.

F. para mí es más fácil acordarme de los cumpleaños de los muy cercanos, pero no de los santos. Bueno, con lo que le pasa a L, vamos a darle una receta que les sirva a todos, que vean hoy en la noche la luna. Ojalá pueda verse tan clara como anoche. Y voy a leerles un pequeño escrito.

La luna.

La luna se puede tomar a cucharadas

O como una cápsula cada dos horas.

Es buena como hipnótico y sedante

Y también alivia

A los que se han intoxicado de filosofía.

Un pedazo de luna en el bolsillo

Es mejor amuleto que la pata de conejo:

Sirve para encontrar a quien se ama,

Para ser rico sin que lo sepa nadie

Y para alejar a los médicos y las clínicas.

Se puede dar de postre a los niños

Cuando no se han dormido,

Y unas gotas de luna en los ojos de los ancianos

Ayudan a bien morir.

Pon una hoja tierna de la luna

Debajo de tu almohada

Y mirarás lo que quieras ver-

Lleva siempre un frasquito del aire de la luna

Para cuando te ahogues

Y dale la llave de la luna

A los presos y a los desencantados.

Para los condenados a muerte

Y para los condenados a vida

No hay mejor estimulante que la luna

En dosis precisas y controladas.

Jaime Sabines.

V. yo ví anoche la luna y tiene como magnetismo, ¿no?

F. sí, y sólo es abrir los ojos a lo que tenemos. Vamos a ver la belleza que nos regala la ciudad.

R. yo tengo un hijo que vende en Chiapas y vive en una cabaña de paja. Si la cortan (la paja) en luna llena, no se pasa el agua (cuando llueve en el techo de paja). Si no la cortan en luna, entra (a la cabaña) el agua.

F. sí, es increíble. Por eso les digo, aprovechen la belleza que les da la ciudad. Por ejemplo, con la luna de principios y fines de este mes, ha estado precioso el cielo. Dejen que la luna los bañe. Suban a la azotea, quítense la ropa y tomen su baño de luna.

L. anoche ví la luna y le dije “soy como tú”, dije “mis males son de acá” (se toca la cabeza).

F. a mí me pasa cuando veo la luna que alumbró el mundo y digo “y yo preocupada por mis pequeñeces” aunque dicen que para cada uno, su problema es lo más importante.

Comentario. Esta es una sesión que promueve los valores-S (valores del Ser o valores esenciales) en lugar de los valores-D (Deficitarios o carentes), donde la risa, la celebración, la

poesía, la invitación a apreciar la belleza, resultan elementos para la Trascendencia de las Pobrezas. Favorecen las necesidades de Ocio, Creación, Trascendencia, de manera Sinérgica.

19.

F. ¿cómo se sienten ustedes?

B. yo no sé qué me duele..

F. B. te duele tu pena que traes contigo.

B. es angustia.

F. es el dolor que estás cargando desde hace muchos años y algo en ti te avisa.

B. es que el hijo es parte de uno.

F. y tanta lucha por él te agota. Mira qué esfuerzo has hecho para llegar hasta acá hoy.

B. y se va a la escuela (llora) y ya no le pido más, le doy una bendición.

F. no le pides, pero dale más, más amor, más amor, el que traes dentro.

B. me dicen, “ya no lo dejes salir”. Pero yo digo, “si se me muere en la calle, Dios sabrá”.
Mientras tenga vida, que salga.

F. y también estás cansada.

R. yo pienso que si va a la calle y a la escuela, es que está más o menos.

B. es que con su insuficiencia renal, ya me lo dijeron pero no ha llegado el momento..

F. los doctores te dirán llegado el momento como será atendido, porque luego los internan porque se van sintiendo peor.

B. es que sus riñones ya no funcionan.

F. ¿está en diálisis?

B. no. Ya no en diálisis. Nomás llegado el momento.

F. pero hay mucha gente que está en hemodiálisis mucho tiempo.

M. del cuello le ponen un catéter.

B. sí, ya se lo pusieron pero como ya no se mueve (el catéter), viene a consulta con Lerdo y le digo a la doctora, “ya se le movió “; entonces me dice “tienes que volver a pagar” (por el procedimiento de ponerle el catéter otra vez).

F. ¿y le sirve?

B. sí. Y luego soy muy fuerte.

F. sí, a veces estás fuerte y luego le paras. Tomas fuerza y vuelves a empezar.

¡Buenos días!

S. ¿por qué esperar por el tratamiento de tu hijo?

F. si viene la Dra. Vi. le preguntas. Como ven, aquí tratamos lo que nos pasa. Algunos son diabéticos. Otros no, como G.

G. no, pero tengo carga genética por mis papás. Y vengo porque hoy hay más información y es no sólo por convicción sino por cambiar hábitos.

F. y tu daño, ¿cuál es?

G. soy hipertensa.

F. y la hipertensión también tiene que ver con la diabetes. R. ¿cómo te sientes?

R. como si estuviera sorda. Y más con mi hija. De por sí, me duelen los oídos y le digo “no te oigo, no te escucho”.

V. y ella se molesta, ¿no?

R. sí. Me dice “ve al doctor”. Ella me habla muy quedito, creo que por molestarme. A los demás les oigo bien.

F. entonces vale la pena ir al médico para que te diga “su problema es que su hija le habla bajito”. Ja, ja (todos ríen).

F. tal vez puedes llegar a negociar con tu hija “hija, háblame más fuerte”. Y tú, C, ¿cómo estás?

C. no, muy mal.

F. ¿cómo creen que se siente C?

S. desanimada.

F. y V, ¿cómo te sientes?

V. a veces bien, de repente me llega la nostalgia, la tristeza. Por eso no he dejado mis actividades. Quiero estar ocupado. Los domingos en la tarde, se me carga.

F. ¿puedo comentar?

V. sí.

F. V. tiene poco tiempo que perdió a su esposa y está viviendo el duelo.

V. como ayer que presentaron a ese hombre (Lujambio), me recordó a mi esposa. El mismo deterioro. A él su deseo de seguir en la política lo tiene vivo, iba bien mal, eso le da fuerzas.

F. V habla, para los que no oyeron, de Alonso Lujambio, el ex secretario de Educación, que después de 7 meses se presentó en la Cámara de Senadores y está muy enfermo. ¿y P.?

P. estas pláticas me están ayudando a cuidarme. De pequeña yo tomaba mucho café y ahora estoy tomando agua. Estas pláticas parece que no, pero tienen que ver porque ahora me estoy cuidando. Veo dónde hay escaleras para subir y bajar. A mi mamá le transmito lo que aquí se dice y ya va tomando el camino.

Comentario. Dentro de las Pobrezas de B, encontramos la deteriorada salud física de su hijo (Subsistencia), la angustia de que vaya a morir en la calle (Protección), su incapacidad para cuidarlo cuando él está fuera (Afecto); pero por otro lado, B se rehusa a usar el satisfactor violador del Autoritarismo que podría protegerlo pero imposibilitaría la satisfacción de necesidades de Entendimiento, Participación, Creación, Identidad y Libertad en su hijo.

Igualmente se niega a utilizar los satisfactores inhibidores del paternalismo o a constituirse como una familia sobreprotectora. Ello implica en B, la Trascendencia del egoísmo; de la muerte, enfermedad y mal; de los juicios u opiniones de los demás; de la propia debilidad; de la situación presente; del espacio; de las limitaciones, restricciones e impedimentos del hijo; de la propia voluntad; y logra rebasar o hacer más de lo que uno pensaba que podría hacer. Su frase *“si se muere en la calle, Dios sabrá. Mientras tenga vida, que salga”* es reflejo de lo anteriormente expuesto.

Así observamos que B realiza como tesis: *“es angustia”*. Como antítesis: *“y luego soy muy fuerte”*. Y la facilitadora le pone enfrente una síntesis, cuando le comenta: *“a veces estás fuerte y luego le paras. Tomas fuerza y vuelves a empezar”*.

En otro sentido, B vive la Pobreza de Subsistencia, y Protección cuando expresa *“ya se le movió”* (el catéter a su hijo) y la enfermera le dice *“tienes que volver a pagar”* (por el procedimiento de ponerle el catéter otra vez).

En esta misma sesión, encontramos otro proceso dialéctico cuando la facilitadora dice de V: Tesis. *“perdió a su esposa y está revisando el duelo”* Antítesis. *“ese hombre (Lujambio) me recordó a mi esposa, el mismo deterioro”*. Y como su propia Síntesis. *“su deseo de seguir en política lo tiene vivo, eso le da fuerzas”*. Y de este modo, el concluye que el sentido de vida es muy importante para los seres humanos. Esto lo entrena para la Trascendencia.

Y respecto al caso de P, indican un principio de adhesión al tratamiento y Trascendencia en el sentido de que empieza a transmitir también lo que está aprendiendo y aplicando en su vida: *“estas pláticas me están ayudando a cuidarme. De pequeña yo tomaba mucho café y ahora estoy tomando agua. Estas pláticas parece que no, pero tienen que ver porque ahora me estoy cuidando. Veo dónde hay escaleras para subir y bajar. A mi mamá le transmito lo que aquí se dice y ya va tomando el camino.”*.

20.

Dra. Bueno, hay que vigilar los pies, es muy importante que el médico la primera vez que los vea, ustedes le pregunten, “doctor, ¿cómo está mi sensibilidad, bien o mal?” Debe de hacerse porque por ahí podemos tener problemas que terminan en amputaciones. Por eso se necesita el estudio de los pies, porque se nutren a través de vasos sanguíneos y si perdemos sensibilidad o nuestros vasos están tapados, nos van a dar molestias. En la noche, cuando se quita el calcetín, el señor se da cuenta que trae sangre. Es porque tiene una heridita por los vasos... F. les ha dicho que es importante que conozcan su cuerpo. Entonces la exploración de estado de sensibilidad es importante.

V. doctora, también tenemos el pulso..

Dra. Es el pulso para saber que el paciente está bien. ¿a quién le quitan su calcetín?

V. yo ya tengo más de veinte años con diabetes y la Dra. Armenta me checaba los pies.

F. Dra, y también las manchas.. hemos tenido pacientes que les salen manchas en los pies. Me refiero a que es parte de la vigilancia de los pies.

Dra. Sí, es necesario reportar cualquier mancha, por eso usen bloqueador, usen mangas largas. Es una exploración de la sensibilidad, para ver cómo están los pulsos que deben de palpase, sentirse. Ahí pasa entre el dedo gordo y el siguiente una arteria, y otra en el peroné. Si no los palpo, algo está pasando. Esos vasos se están cerrando y nos dan problemas de insuficiencia venosa o arterial y luego empezamos con necrosis y el médico les arregla rápido el problema. ¿cómo? Amputando. Y en el paciente viene un estado depresivo terrible, los familiares, no se diga.

F. la familia está afectada igual o más que el mismo paciente.

Dra. Eso lo podemos evitar y en lugar de que el problema sea ahora, por lo menos que pasen cinco o diez años con más calidad de vida. Es tan simple como revisarse los pies. Como ponerse la crema para las arrugas.

F. para las ilusiones. Ja, ja. (todos ríen).

Sigue otro momento explicando otros exámenes de laboratorio y termina la sesión.

Comentario. El estilo médico es bastante directo para hablar de complicaciones de la diabetes: *“Bueno, hay que vigilar los pies, es muy importante que el médico la primera vez que los vea, ustedes le pregunten, “doctor, ¿cómo está mi sensibilidad, bien o mal?” Debe de hacerse porque por ahí podemos tener problemas que terminan en amputaciones... y luego empezamos con necrosis y el médico les arregla rápido el problema. ¿cómo? Amputando. Y en el paciente viene un estado depresivo terrible, los familiares, no se diga.. en lugar de que el problema sea ahora, por lo menos que pasen cinco o diez años con más calidad de vida.”*

Es importante recordar que, de acuerdo a la investigación del Hospital General, los médicos no están capacitados para dar malas noticias y es necesario proponer alternativas para ello.

Frente a la tensión o el miedo provocado por esta información, la facilitadora genera una posibilidad de descarga grupal, a través de un chiste que les hace reír.

21.

F. ¿cómo estás?

M. me tocó una cola larga para entrar.

D. hace 8 días me tocó la cola casi hasta Cuauhtémoc.

G. y una señora me dijo: “¡ Ay,que grande!” (la fila para entrar). Y le dije: “póngase feliz porque a veces llega hasta la esquina.”

D. el jueves llegué antes de las ocho por el estudio que me hicieron, y ya estaba hasta la entrada del metro.

F. yo me imagino que los lunes ha de estar peor , y después de un día festivo.

D. y ya nada más esperé media hora.

F. eso es más humano, pero citarlos a las 7 y recibirlos a las 2..

Comentario. En repetidas ocasiones los pacientes y familiares han externado las Pobrezas en relación a la calidad de vida en la Ciudad.

Pero respecto al Hospital General, las contradicciones institucionales llegan por momentos a crisis. Por un lado, el crecimiento de la demanda de atención medica y, por otro, la necesidad de garantizar la seguridad de los usuarios.

Dentro de los eventos recientes en el hospital (de 3 años a la fecha), sustrajeron a una recién nacida, robaron la nomina de los trabajadores y han despojado a las instalaciones, de bienes muebles. Ello justifica, para las autoridades, las medidas de seguridad a la entrada del nosocomio. Sin embargo, los pacientes han tenido que soportar mas de treinta minutos, la lluvia, frio, viento y sol intenso para poder entrar.

Eso desalienta la asistencia de pacientes, familiares y usuarios en general, a eventos de educación para la salud. Adicionalmente, el personal de seguridad no siempre es amable o ético en su actuación.

Por ultimo, dentro de las encuestas de satisfacción con el servicio, frecuentemente aparecen quejas de los usuarios en relación a los tiempos de espera, que se salen de la norma deseada. Mas de dos horas de espera para ser atendidos en asuntos de salud, es una Pobreza excesiva. Siete horas... De ahí que recordemos que los satisfactores violadores como la Burocracia y el Autoritarismo pretenden satisfacer la necesidad de Proteccion, pero acaban por imposibilitar la satisfacción de necesidades de Entendimiento, Afecto, Participacion, Creacion, Identidad y Libertad.

22.

D. yo tengo el galvanómetro de mercurio y el otro. Y sí me agradaría..

F. pues dijo la enfermera que trajeran sus aparatos para que aprendieran a usarlos.

D. sí, tengo de los dos. Me lo dio un pariente que hace ocho años que le dio un infarto, le dieron captopril, pero compró del Dr. Simi.

F. para la presión.

D. con los setenta pesos compró tres cajas y al mes y medio ¡rájale! Que le viene el infarto. Y su medicamento se lo estaba tomando pero no era la misma dosis.

F. sí, es que en similares no siempre la presentación es de la misma dosis.

D. y a la suegra de mi hermano le pusieron una inyección y le agarró una depresión. Por eso es que del

Dr. Simi..

G. es que los genéricos..

D. es que una cosa son los genéricos y otra los similares. Como el chiste, todo es la misma fregadera.

F. y ahora hasta dan consultas.

D. sí, en todo caso, es mejor comprar genéricos.

F. Y ahora hay muchas medicinas que ya se caducó la patente y hay otros laboratorios que las sacan más baratas.

D. un compañero puso una farmacia. El era enfermero y su esposa química. Pusieron su farmacia. Ya tenía tres farmacias y que se enferma mi hermana y le dieron una ampolleta. Se tenía que poner seis o siete cada 24 horas. Y se me ocurre, ya fuimos a la de Dios, la París, ya gasté medio tanque de gasolina. Y le digo “oye, ¿y si vamos al laboratorio de Tlalpan?” . En ese tiempo me costó setenta y tantos y que voy al laboratorio y que me lo dan en veinticinco pesos. Llegué al laboratorio y le dije “ya me pasee por varias farmacias, véndanmela o díganme dónde la encuentro”. Y sí me la vendieron.

F. y qué raro que te la vendieron al menudeo.

D. y le dije “ya me paseé”. Pero veinticinco pesos por ampolleta, entre la farmacia y el distribuidor..

F. hay una fundación que apoya a personas con cáncer y el apoyo es que les dan el medicamento.

D. a mi punto de vista, no están apoyando sino tomando a esas personas como distribuidores.

F. sí, y lo hacen a través de la fundación, el laboratorio capta a esos enfermos.

D. sí, y X citó a un representante de un laboratorio, nos dio una plática de media hora, nos dijo lo que debe comer y no. Y me dieron diez tiras reactivas y me dijo: "el glucómetro te lo regalo".

F. últimamente los han detenido (el hospital les restringe la entrada). Pero venían de distintos laboratorios y con el glucómetro les enseñaban a calibrarlos. Si el glucómetro no era de la marca de ese laboratorio, se los tomaban a cuenta, pero ya no vienen.

F2. el cuatro de octubre y el dieciocho de octubre viene el laboratorio a dar la plática de insulinas..

F. antes el laboratorio nos traía hasta pastel en el aniversario del grupo.

Comentario. También en relación con la entrada de los representantes de Laboratorios al Hospital General, la Burocracia esta evitando la satisfacción de necesidades de Entendimiento en los pacientes, porque ellos les dan platicas sobre los tipos y usos de insulinas, por ejemplo.

Tal vez podrían encontrar otros modos de eficientar el funcionamiento de la institución.

Por otro lado, los pacientes hacen referencia a los pseudo-satisfactores de Max-Neef como el productivismo eficientista obsesivo (Dr. Simi) que aparentando satisfacer la Subsistencia (salud física del consumidor), la inhiben en el corto o mediano plazo y usan la publicidad para sus fines.

Y también fomentan la automedicación que, en términos de Max-Neef es considerada el pseudo-satisfactor de "Medicina mecanicista" ("a pill for every ill").

También tocan otro tema, espinoso en algún sentido, que es el de las acciones de algunas fundaciones altruistas, que varían respecto a su impecabilidad: desde aquéllas que impulsan la autorresponsabilidad o autocuidado del paciente y familiares, hasta las que usan el pseudo-satisfactor de la "limosna", y pretendiendo aliviar la Subsistencia, atentan contra la satisfacción de necesidades de Entendimiento, Libertad, Creación, Participación, etc.

23.

S. hola, es que traía en una miquita sus cosas (mi hermana), su credencial de elector.. Ahí viene y en la puerta le digo "pásate conmigo" y me dice "es que me sacaron mis papeles" (se los robaron cerca del hospital) . Entonces fui con el doctor a que le sacara otra vez las citas. Traía una mica y como traía un billete de veinte, han de ver pensado (sic) que traía las perlas de la virgen y se los quitaron aquí en el puesto de los tacos y como caminamos taaaan rápido.. Fui con la enfermera, me dió las órdenes (para estudios de laboratorio), fui al laboratorio pero no estaba Vero, voy a ver si la encuentro, a ver si la veo y si no, regreso de todos modos ya que estoy aquí, para oírlos un ratito.

Comentario. S expresa una Pobreza de Subsistencia en relación a la salud física de su hermana, y a su propio entorno social; y Pobrezas respecto a necesidades de Protección y Afecto.

Resulta paradójico que en la fila para entrar, provocada por las normas de seguridad, sea donde se realicen hurtos a quienes esperan pasar el filtro de seguridad...

24.

D. ¿cuándo va a ser el aniversario?

F. el 27 de este mes.

F. . la doctora nos dio dos opciones: reunirnos a comer o desayunar. No nos dan buen precio a menos que sean más de cien personas, es ciento ochenta pesos por persona para comer en Sanborns. Si es desayuno, nos dan el área del bar, para que estemos todos juntos. Si quieren , cada quien escoge su platillo y la doctora quiere que estemos un tiempo juntos. ¿te acuerdas cómo eran antes, (los aniversarios) E.?

E. eran en el parque.

F. había una gente que nos apoyaba con lonas y avisaba a la delegación. Son nuestros quince años de trabajo ininterrumpido, nada más paramos en semana santa o vacaciones de navidad. Yo deseaba para los quince años un fiestononón. Antes poníamos pequeños stands de diversas actividades. V. trajo un animador de música y ejercicios para los diabéticos. Se armó la pachanga. Trajimos tríos. Pero ahora..

D. no siempre se puede.

F. los trámites para hacer el permiso en la delegación son engorrosísimos. Por eso ya se optó por hacerlo en un restaurancito así. De todas maneras es importante celebrar. Lo más importante y lo bueno es que no pase desapercibido. ¡Hola Doctora Villalobos! Pues andábamos hablando del aniversario del grupo. Cumplimos quince

Dra. Ja, ja, pues bailemos el vals.

F. es el jueves 27 de septiembre. ¿Y el grupo de cáncer de tiroides, cuántos cumple?

Dra. Como 17. También celebramos muchos años.

F. ¿su grupo empezó antes de que llegara Queta?

Dra. Sí, empezó primero en consulta externa y luego en hospitalización, con el Dr. Hurtado.

F.¿de cuando la Dra. Armenta se fue.? Queta vino aquí al hospital, llegó al programa de diabetes. Luego también venía a sus consultas de cáncer de tiroides y luego vino aquí, fue a Cálevi y luego a la montaña.

Dra. El doctor Vargas,era el Director y era un servicio bien hecho para la enseñanza del paciente. Y el doctor Vargas cuando se echa un compromiso es al 100% y a veces si yo me siento

mal, no vengo y eso me ha hecho no sentir plena. Pero él está al pendiente y me dice: “nos vemos allá”. Su oficina está en Oncología.

F. me decía que el plan del hospital es hacer una universidad del paciente.

Dra. Sí, hacer algo bien hecho pero F, la experiencia que yo tengo, y ya tengo muchos años de experiencia, es que es más fácil hacer grupos como éste, como el del Doctor Hurtado, que hacer una Universidad. No sé, una cosa que tendría un carácter obligatorio. Y el paciente viene de fuera, muchas veces no lo pueden acompañar. Yo veo muchas cosas que aparentemente podrían decir que soy negativa..

F. muchos vienen de fuera..

Dra. Pero vienen un día. No sé si recuerden un paciente que se hizo una herida, venía de fuera con su esposa. Le dije “vamos a infectología”. Se hicieron los trámites para que lo atendieran y desapareció. Un día me encontré a su esposa y me abrazó llorando y me dijo que estaba de maravilla. Muchas veces no sabemos qué pasó: ¿fue bueno, fue malo, hubo un error?. Lo veo tan difícil. Y aquí en diabetes, yo creo que es un punto cardinal lo que llevamos, que es un seguimiento y la parte de acompañamiento emocional y esto es difícil hacerlo, no es fácil la construcción de esto. Porque en las terapias de apoyo es una consulta, que hasta donde yo sé, mínimo es consulta de una vez a la semana y depende de la gravedad del paciente, dos. Claro, esto no se va a prolongar demasiado, a medida que se vaya mejorando va espaciándose más y luego se va a terapia individual y los pacientes que sí obedecen, ya pasaron de terapia grupal. Entonces hijo, F. es la aceptación porque en consulta particular hay una cantidad espantosa. Así están los expedientes. ¿Qué pasó? Lo que pasó es que el médico se dedicaba a ver la glucosa, a regañarlo y el paciente salía decepcionado.

F. enojado.

Dra. Enojado, decepcionado. Entiendo eso y por otro lado, qué hace el pobre médico que por instrucciones de la autoridad, a un paciente subsecuente se le dedica de diez a quince minutos y de primera vez, 20 a 30 minutos. Y yo decía “Dios mío, qué voy a hacer si de primera vez yo me tardé dos horas y luego viene a las cinco de la mañana.” Les digo “háganse su lunch desde la noche anterior en lugar de irte a los tacos y tamales”. Pero eso es entendiendo y aceptando. El lunch con queso panela o queso de pavo es más limpio y más barato, y su vaso de leche mientras espera consulta. Yo trabajo en el hospital, soy médico (dicen que soy médico), cuando acudo tengo que tener mi carnet (como paciente). Mis compañeros me dicen “no hagas nada de esto” (de los trámites administrativos). El doctor de aquí tiene dos caminos: o va al ISSSTE o con copia de su credencial paga 50%; es entendible. Pero por amistad, nosotros no pagamos nada.

G.usted decía que más estructura y más estructura es burocracia y eso aleja mucho a la gente. Esto es con menos trabajo más directo.

Dra.Sí, pero nosotros pagamos treinta y cuatro pesos, por favor, hay que ayudar al hospital. Un estudio, me cobran 50%. “no, pero ¿por qué pagaste si aquí estás trabajando?”, me dicen. “porque lo puedo hacer, mañana quién sabe y así ayudo al hospital”. Mi hijo es oftalmólogo y tenía retinitis. “Préstame tu credencial y vas a pagar 50%”. Llega con su amigo y le dice “¿por qué

pagaste?” Le dije: “Contéstale, porque si no, tengo que ir al ISSSTE y hacer todos los trámites y nunca tienen medicinas”. Ora voy en forma particular, me dicen “a las cuatro” y no es cierto porque el médico no sabe cuánto se va a tardar. Una cosa que me pasó y se me quedó grabado es que llego, escojo al doctor, uno de los mejores médicos porque yo tengo problemas del corazón y me da miedo operarme y que vayan a encontrar todo echo bola y digo “ése”. Me vió, muy amable, vió mis placas y dice “necesita cirugía” ¡o.k.! el no sabía ni supo que yo era médico. Me dijo “mire, señora, ya la revisé y no sé qué tiene.

G. yo le diría “¡váyase al Hospital General!”

F. pues ¡qué honesto, doctora!

Dra. Le dije “señorita, ¿cuánto le debo?” “ochocientos pesos Iba con mi hermano para que no me diga “son tus nervios”. Yo salí arrastrándome. Pero siempre hay una solución. Un doctor internista que acaban de festejar este viernes, fue y me dijo “tienes una bola. Vamos a revisar con una endoscopía”. Bueno, por fuera y por dentro. Todo mundo pasamos por eso. Obviamente que regresamos al punto. Nuestra cabecita es, en un porcentaje muy alto, la causa de nuestras enfermedades y eso ya es viejo, el estrés produce una cantidad de cosas, cosas que cada vez se saben más en el aparato. Digo, se dan una cantidad de neurotransmisores, ustedes vean qué porcentaje tan alto hay. Yo he observado en momentos de más presión, si tengo un estómago hasta acá, se inflama hasta acá.

F. yo he experimentado en mí. Mi esposo sobrevivió a tres paros cardiacos. Pero yo creo que yo me quedé con toda la angustia. Y me iba a ir a Europa y 20 o 30 días antes, de repente sentía que me daba una taquicardia y se me hacía así el corazón. Yo ya hacía mis ejercicios de relajación y fui al cardiólogo de mi hermano. Primero fui con el doctor amigo mío y me dijo “ve con Faulch porque aquí hay una curvita que no me gusta. “ El doctor me dijo “tienes insuficiencia coronaria” y me dio una receta con los mismos medicamentos de mi marido. Me dijo “llévate una medicina y no subas la torre de Pisa”. Me fui con mal ánimo y el vasodilatador era terrible, su efecto. Y le empecé a bajar la dosis. Cuando regresé lo fui a ver. Le dije “cuando me da la taquicardia y hacía relajación, se me quitaba”. Me dijo “eso no sirve”. Me mandó un ecocardiograma y me dijeron “ ¿por qué se lo mandaron? No tiene nada”. Le dije que a veces no digería bien y le platiqué lo de las taquicardias y me dijo “bueno, sigue haciendo los ejercicios de relajación y si te pasa algo, me dicesy.. ”. Creo que eran ataques de ansiedad porque el viaje iba a ser sin mi marido y lo habíamos planeado con él. Yo le dije “Doctor, con los ejercicios de relajación se me quita”. Ahora hay quien recomienda ejercicios de relajación. Ya hay más apertura y algunos doctores aceptan que la enfermedad uno a veces se la provoca

Dra. Sí, dentro de las teorías de la úlcera gástrica hay un aumento de cortisol porque es una señal de acá arriba (señala su cabeza) y hay personas que no lo soportan y empiezan a causarse daño. No sé si conozcan al Dr. Richard de Neuro. Obstáculos hay cada ratito, que no hay papel, se cayó el sistema y él, como si no hubieran problemas; buscando aparatos viejos, ha hecho estudios sobre el aparato digestivo. Desgraciadamente él se va a Nueva York, Francia y otros lugares porque una vez me dijo “Doctora, ni caso hacen de los estudios, ni los ponen en práctica”. Es muy estricto, me dijo “pasa esto y esto por el estrés. Si se despierta a las tres de la mañana póngase a leer o

escribir y verá.” Luego me dice “fíjese bien qué alimento le cae mal y tiene que hacer ejercicio todos los días y hay para todos, no necesariamente debe ser correr.” Y aquí a la entrada del Siglo XXI (se refiere al Centro Médico del Seguro Social) hay un anuncio con una serie de ejercicios. O.k. no podemos correr, vamos con el Doctor, saca sus láminas y no las vemos. A mí me mandó Tai’chi. Ahí están los horarios. Tomo el metro y llego en dos minutos. Me resisto a ir. ¿por qué me resisto si esto me puede mejorar? Maneja muchas cosas que nos pueden traer beneficios. En cambio, ¿qué beneficios obtenemos de la obesidad, de la osteoporosis?

F. Pues sí, tiene mucha razón y hay un intento para que haya aceptación activa. “Yo sé. Yo hago todo lo que el médico me dice”, pero hacen más o menos lo que el médico les dice pero no hay una actitud, no pongo todo mi entusiasmo para una vida rica, plena y eso no es problema del cuerpo, sino del alma. Así encontramos mucha gente apática que no tiene ese gozo de vida. Y eso es la creencia del Valle de Lágrimas y me cargo de todos los problemas de la hija, vecina y sufrimos por todos los problemas y sufrimos de estrés altísimo.

M. Dra, en el Instituto de Psiquiatría yo no lo conozco pero dicen que llegas, sacas tu ficha y te hacen un estudio. Usted va a consulta allá, usted aquí. Hay pacientes que llegan con problemas psiquiátricos importantes y los internan pero son siete días, no más. La terapia psicológica y todo es terapia rara.

F.¡Buenos días, adelante, bienvenido!

Dra. Hay pacientes que me dicen “ Yo llegué media hora después y es una orden que el médico, el psicólogo, todo tiene horarios...” “ Y el paciente dice “¿cómo no me ve, si acabo de llegar?” y salen sacando rayos y centellas. Así pasa. Entonces hoy venía yendo el Síndrome.. bueno, ahorita me acuerdo, de los niños que les pegan a los papás.

G. hay el síndrome del Emperador.

Dra. Y que no se detecta, no se estudia y son problemas de psiquiatría.

G. y es una vacío en la silla de autoridad.

F. es un problema de crianza.

D. ¿de crianza o psicológico?

Dra. Volvemos a lo mismo. Hay que estar al pendiente.

D. pero usted lo está diciendo. Yo creo que es un problema de crianza, de la familia. Porque a mí me tocó ver un caso, ¿cómo es posible que el señor tenía una niña que ya empezaba a caminar y a hablar, “mamá, mamá” “ si, hija de (/&# “ y luego la niña repite las palabras malsonantes y ya ves, por no hacerle caso a tu hija. Era para haberle dado. Y poco a poco el problema fue creciendo.

G. las escuelas para padres están vacías. Con profesores y todo, pero no van los papás.

Comentario . En esta sesión hubo poca asistencia y ello dio lugar a un diálogo entre la Facilitadora, la doctora y un paciente.

La facilitadora hace un recuento de la historia del grupo que lleva quince años de trabajo ininterrumpido, descansando sólo semana santa y navidad. Esto implica Trascendencia en cuanto a transmitir enseñanza y hacer un trabajo donde se va haciendo tradición, en el hospital.

Igualmente habla de necesidades satisfechas en la Creación, Identidad como grupo, Entendimiento para los usuarios, Afecto entre los asistentes, Protección porque el grupo es un contenedor emocional no sólo para los pacientes y facilitadores, sino para los propios médicos, Participación, donde aprenden a comunicarse y tomar decisiones, Ocio porque a veces hay actividades recreativas, Libertad porque los pacientes pueden optar y Trascendencia porque su conciencia se amplía y pueden recrear su realidad, elevando su calidad de vida.

En cuanto a Pobrezas, se observa la dificultad de algunos para asistir al festejo (Ocio) si éste consiste en una comida, porque no pueden gastar 180 pesos en ello. Por lo tanto, se pensó en un desayuno, más accesible donde cada quien consumiera lo que pudiera gastar.

Vuelve a aparecer el satisfactor violador de la Burocracia, al mencionar “*trámites engorrosísimos*” en la Delegación, para festejar en un parque.

Se hace referencia a otro grupo Trascendente dentro del hospital, que trabaja con pacientes de cáncer de Tiroides (cuya facilitadora también se entrenó en Cálevi).

La doctora hace referencia a una posibilidad de establecer un satisfactor inhibitor dentro del hospital, que es un aula autoritaria en la Universidad del paciente. Considerando que muchos pacientes llegan de lejos y a veces no pueden acompañarlos, no podría garantizarse su permanencia.

A continuación observamos un interesante proceso dialéctico en la doctora donde primero cuestiona los límites del conocimiento y la práctica médica: “*Se hicieron los trámites para que lo atendieran y desapareció. Un día me encontré a su esposa y me abrazó llorando y me dijo que estaba de maravilla. Muchas veces no sabemos qué pasó: ¿fue bueno, fue malo, hubo un error?*” Después reconoce la importancia del manejo emocional del paciente y la labor trascendente del grupo: “*Y aquí en diabetes, yo creo que es un punto cardinal lo que llevamos, que es un seguimiento y la parte de acompañamiento emocional y esto es difícil hacerlo, no es fácil la construcción de esto.*” Escuchamos la percepción, desde el satisfactor inhibitor del Paternalismo, “*y los pacientes que sí obedecen, ya pasaron de terapia grupal.*”

Igualmente hay un reconocimiento del satisfactor violador del Autoritarismo en la práctica médica: “*¿Qué pasó? Lo que pasó es que el médico se dedicaba a ver la glucosa, a regañarlo y el paciente salía decepcionado.*” Y reflexiona sobre la Burocracia (satisfactor violador) y el Productivismo Eficientista Obsesivo (pseudosatisfactor): “*eso y por otro lado, qué hace el pobre médico que por instrucciones de la autoridad, a un paciente subsecuente se le dedica de diez a quince minutos y de primera vez, 20 a 30 minutos. Y yo decía “Dios mío, qué voy a hacer si de primera vez yo me tardé dos horas y luego viene a las cinco de la mañana.*” Les digo “*háganse su lunch desde la noche anterior en lugar de irte a los tacos y tamales*”. Y aquí concluye que es necesaria la capacitación para satisfacer el Entendimiento y la Trascendencia: “*Pero eso es entendiendo y aceptando*”.

La síntesis de este proceso, la escucha en voz de una paciente: *“ G.usted decía que más estructura y más estructura es burocracia y eso aleja mucho a la gente”*.

En relación a la doctora, en su rol de paciente, vuelve a darse un proceso dialéctico, que no deja de llamar la atención: Tesis. *“Esto es con menos trabajo más directo si no, tengo que ir al ISSSTE y hacer todos los trámites y nunca tienen medicinas ” ¡ochocientos pesos para que me diga “no sé lo que tiene y regrese en tres meses!”*. Nuestra cabecita es, en un porcentaje muy alto, la causa de nuestras enfermedades y eso ya es viejo, el estrés produce una cantidad de cosas, cosas que cada vez se saben más en el aparato”

La antítesis le viene de la facilitadora : *“yo he experimentado en mí. Mi esposo sobrevivió a tres paros cardiacos. Pero yo creo que yo me quedé con toda la angustia. Y me iba a ir a Europa y 20 o 30 días antes, de repente sentía que me daba una taquicardia y se me hacía así el corazón . Creo que eran ataques de ansiedad porque el viaje iba a ser sin mi marido y lo habíamos planeado con él. Yo le dije “Doctor, con los ejercicios de relajación se me quita”. Ahora hay quien recomienda ejercicios de relajación. Ya hay más apertura y algunos doctores aceptan que la enfermedad uno a veces se la provoca”*.

La síntesis de la doctora, en calidad de paciente, la llevaría, presumiblemente, a comprender por qué los pacientes no obedecen porque reconoce: *“ Luego me dice (su propio doctor) “fíjese bien qué alimento le cae mal y tiene que hacer ejercicio todos los días y hay para todos, no necesariamente debe ser correr.” Y aquí a la entrada del Siglo XXI (se refiere al Centro Médico del Seguro Social) hay un anuncio con una serie de ejercicios. O.k. no podemos correr, vamos con el Doctor, saca sus láminas y no las vemos. A mí me mandó Tai'chi. Ahí están los horarios. Tomo el metro y llego en dos minutos. Me resisto a ir. ¿por qué me resisto si esto me puede mejorar? Maneja muchas cosas que nos pueden traer beneficios. En cambio, ¿qué beneficios obtenemos de la obesidad, de la osteoporosis?”* .

Es curioso escuchar al personal médico en sus propias Pobrezas con respecto a la adhesión al tratamiento. Y ahí recuerdo esa importante noción del “Sanador Herido”, que sostiene que una persona participa en el proceso de sanación de otras, desde su propia herida o limitación.

Hablando de Trascendencia, esto nos conecta con la necesaria actitud de la humildad, donde hay una reconciliación con la muerte, dolor, enfermedad, mal. Y por otro lado, nos recuerda la necesidad del trabajo constante sobre uno mismo, para reducir nuestras incongruencias, integrando nuestras dicotomías.

25.

F. Doctora, tenemos una nueva paciente. Este es el programa de diabetes, ¿usted la sufre?

X. no, tengo osteoporosis y vengo a rehabilitación.

Dra. ¿qué le rehabilitan?

X. el hueso.

Dra. ¿sabe usted qué es la osteoporosis?

X. que se va haciendo bofo el hueso.

Dra. ¿uno o todos?

X. (se sorprende y no contesta).

Dra. Son todos, al salirse el calcio..

M. este señor no se puede sentar.

F. que se recargue (con tono de voz suave y comprensivo).

Dra. Es una descalcificación de los huesos que a partir de los cuarenta años, la empezamos a sufrir y periódicamente hay que revisarnos. A usted le dijo el ortopedista..

X. sí.

Dra. Y tiene que ir a endocrinología.

X. sí, ya conozco todo el hospital, porque voy a Gastro.

Dra. ¿se siente bien atendida?

X. sí. A veces no tan bien. Me hicieron unos estudios porque me hormigueaba la pierna y siento presión, como que se dirige al cerebro y la columna, pero son tres veces que me pasa y me mandaron de aquí, Tres veces he ido a consulta y me dice el doctor que me tengo que operar de emergencia. Pero una operación hay que programarla, ¿no doctora? Me dijo el doctor que era un tratamiento de tres años, pero como uno es pobre tiene uno que ir guardando sus quintos, pero me dicen así de repente y sin quintos, porque no me lo van a hacer gratis, ¿o sí?

Dra. No, pero sí pueden prestar para el medicamento. Hay que pedir dinero a la comadre o robarlo, ja, ja. Mire, el dinero va y viene pero la salud, no.

X. por eso le digo, yo tengo todas mis enfermedades tratadas en este hospital, son como veinticinco años. Entonces, doctora, si usted le está diciendo a su médico “¿qué posibilidades tengo de volver a caminar?” y le dice muy enojado “no soy Dios”, pues no, Doctora.

Dra. Sí, pero el paciente tiene confianza en el médico al 100% pero a veces el médico tuvo un caso difícil, a lo mejor le dice “mire, mujercita, vamos a hacer esto y esto y los resultados pueden ser buenos y el de allá arriba que nos ayude”, yo se lo dije bonito..

F. ¿usted tiene dificultad para caminar?

X. sí, le decía que me dolían los huesos pero no me hacían ningún estudio y ahora que ya saben, me manda a ortopedia y como dice la doctora, hay que pedirle a los otros.. yo trabajo, pero gano poco y luego me hicieron otro que le enchufan unos cablecitos en la cabeza y en las manos y ahora ya me manda estudios, antes era a tientas, para saber... y me los cobran..

Dra. Y como para pedirle a la conocida..

X. no, pues con este doctor que me contestó así, no...

M. ¿y en el seguro popular?

Dra. En el seguro popular no la operan ni hacen estudios de esta magnitud. Son muy finos, atienden y dan medicina, pero no son regalados. Yo pienso que está mejor que antes, pero no tiene el nivel de este Hospital.

M. los canalizan a otros hospitales

Comentario. Este es un interesante diálogo entre el paciente y la doctora, que de modo muy claro refleja diversos aspectos de la calidad en el servicio médico, y que en el caso de la paciente, evidencia sus Pobrezas: de Entendimiento porque no sabe con precisión qué es la osteoporosis, padecimiento que la aqueja. Tal vez ella supuso que su problema médico era de un hueso y no del conjunto, lo cual puede ser no escuchado, como mecanismo de defensa de la paciente; en cuyo caso la doctora debiera usar el tono más empático posible.

Después observamos un proceso dialéctico donde la paciente (Tesis) afirma: *si usted le está diciendo a su médico "¿qué posibilidades tengo de volver a caminar?" y le dice muy enojado "no soy Dios", pues no, Doctora.* La doctora (Antítesis) sostiene: *"pero a veces el médico tuvo un caso difícil, a lo mejor le dice "mire, mujercita, vamos a hacer esto y esto y los resultados pueden ser buenos y el de allá arriba que nos ayude", yo se lo dije bonito...".* Y la paciente expresa así su sentir (Síntesis) *"X. no, pues con este doctor que me contestó así, no..."*.

También aparece la Pobreza de Subsistencia porque no puede asumir el pago de una operación repentinamente programada, ni los estudios respectivos: *"pero como uno es pobre tiene uno que ir guardando sus quintos, pero me dicen así de repente y sin quintos, porque no me lo van a hacer gratis, ¿o sí?"* (tesis) ; la Doctora responde: *"No, pero sí pueden prestar para el medicamento. Hay que pedir dinero a la comadre o robarlo, ja, ja. Mire, el dinero va y viene pero la salud, no. ¿Y como para pedirle a la conocida?"* (Antítesis). Y la síntesis, de la paciente, es la misma: *"no., 'pues con este doctor que me contestó así, no..."*

Más allá de la Pobreza económica, se generó una Patología porque se rompió la confianza en el médico y se solidifica la Pobreza de Afecto, de Protección, de Participación y de Libertad en la paciente.

Entonces la facilitadora intervino solamente para destensar el ambiente en el grupo.

26.

F. ¿y ustedes vienen por problemas de diabetes? (se dirige a dos personas nuevas).

Y. voy para nueve años.

F. y sus cifras (de glucosa) ¿las maneja bien?

Y. no porque tengo una pastillita. Me siento mal de la vejiga y los pies se me hincharon. Me pusieron una sonda y el doctor me dijo que me operen.

Z. (esposa de Y.) Tiene cáncer de próstata.

G. para cáncer, atiende el seguro popular.

Z. No, ya me mandaron a la torre (de gobierno, donde está el director del hospital). Un suplente del director me dijo "usted viene vestida, con zapatos." Yo pedía ser exenta (de pago) y me dijo, "viene con su suetercito" y le dije "no le pido que me regale" me dijo "le doy segundo nivel" y le dije "¿Qué es segundo nivel?" -"una letra".

Dra. Mire, hay cuatro niveles. El más alto es cuando uno tiene posibilidades económicas. Los estudios los cobran muy parecidos a los del laboratorio particular y saben qué nivel es, por el estudio socioeconómico. En el nivel tres, hay un descuento y el estudio sale como 45 o 50% de descuento. Luego el dos se cobra más barato, casi el 15 o 20 del costo normal. Les voy a traer la próxima vez una tablita. La trabajadora social es mi amiga.. Y el primero es prácticamente exento. Por lo menos se tiene que pagar el día cama que son los días que están internados. Los sueros, medicinas, si los tiene el hospital, se les dan. Si las sondas no las tiene el hospital, se las piden.

Z. pero yo tengo la letra "E" y me dijo que no. Entonces le digo, si es la "E" y va de la "A" y luego sigue la "H".

Dra. Pero la "H" es lo que usted mencionaba hace rato. Cuando el paciente verdaderamente no tiene, no tiene para comer, no tiene para vestir.

Z. es que no nos la compramos la ropa. Nos la regalan.

Dra. Pero usted ya tiene un nivel. La "H" es para quienes no tiene qué comer ni ..

Z. y me dice, "le pongo dos niveles"

F. pero ¿para arriba o para abajo?

Dra. Eso preguntó la señora y ya le respondí.

Z. no la tiene (la letra con sello de trabajo social).

Dra. Por eso tiene que ir a Trabajo Social.

F. y usted ¿cómo anda de salud? (le pregunta a Z)

Z. pues también tengo vértigo y dolor en el cuello. Tengo dos hijos de la drogadicción. Tengo uno anexado y le llevo despensa porque si no, me lo sacan.

F. ¿le hicieron la prueba de diabetes? ¿le han sacado sangre de su dedo?

Z. sí, pero no tengo.

Dra. ¿en su familia hay diabetes?

Z. no. Hace 3 o 4 años me hicieron una cirugía. Pero no puedo venir. Es él o yo.

Dra. Pues necesita ir a ortopedia.

F. por el camino a Xochimilco está el Instituto Nacional de Ortopedia. Están especializados..

Z. Venimos de Valle de Chalco. El es el del sustento, ahorita no trabaja.

Dra. ¿ya le hicieron la biopsia?

Y. Ya, me mandaron estudios, y ya los pagamos. Y es para el catorce.

Z. Dice el doctor que tienen validez para quince días. Ya pague mil cincuenta y seis. Le digo que nos tardamos dos meses, desde junio. Apenas juntamos. Ya lo hubiéramos entregado en agosto pero el dinero no nos alcanzaba.

Dra. Ese estudio en forma particular le hubiera costado siete u ocho mil pesos. Pero su clasificación le ayudó.

Y. a un tío le hicieron la tomografía computarizada y le costó como dos mil pesos en urología.

F. y ¿cuándo vuelve a tener cita?

Z. Me voy a la unidad 105 pero el doctor no está. Lo ando buscando. Está en la UNAM. Tengo que ponerme bien lista. Nos urge que nos dé la cita. Pero tiene que ser el doctor que lo está tratando.

Dra. 15 o 16 tiene los resultados. Entonces hasta el 17.

F. C. pásate.

Dra. Y con escáner..

Z. No se lo hicieron. Nos dijeron que no se lo hacían y le cobraban diez mil pesos. Y vino y ya tenía su cita el cinco de junio.

Y. sí, lo que pasa es que me ha tocado con varios médicos.

Z. por eso ya no.

Y. cada doctor me mandaba hacer un estudio, ya llevo como ocho.

Z. y ahora ya tiene problemas de sangrado y dijo el médico de urgencias, "así va a ser hasta que lo operen".

F. ¿y cuánto tiempo tiene con la sonda?

Y. desde febrero..

F. y se la cambian

Y. cada veintiún días. Porque la otra vez, la verdad no teníamos dinero ni para comer.

Z. el doctor nada más movía la cabeza. Ya cumplió sesenta años y ya aunque sea poquito..

Dra. ¿en qué trabaja?

Y. yo fui hojalatero.

Dra. ¿y no tiene seguro?

Y. nada, ni seguro ni ISSSTE.

Dra. Aquí hay servicio de silla de ruedas.

F. tiene que ir el señor. Si no lo presenta, no le dan nada. Con su carnet, se lo dan.

Dra. Y lo lleva con el doctor y le dice que está sangrando.

Y. tuve sangrado casi todo el mes.

Dra. ¿ahorita no?

Y. poquito.

Dra. No sabemos si la sonda está golpeando sobre el tumor. Primero van por la silla a urología, a ver al doctor. Con o sin el estudio, lo van a operar. Ellos ya verán si lo internan.

Y. ya.

G. aquí estamos los martes y jueves de nueve a once, si necesitan orientación.

Dra. Mire, váyase por la silla; váyase a urología y voy a darme una vueltecita..

F. ocho meses diagnosticado...

Dra. Con una bola de este tamaño que ya no lo deja orinar ni defecar. Con o sin tomografía, lo tienen que operar.

F. y si está sangrando constantemente..

Dra. Académicamente sí requiere una tomografía, pero..

F. ¡qué cosas! Y luego, todas las dificultades que acarrea, los costos, traslados..

T. ¿eso es todo?

F. la invitamos a que venga martes y jueves porque aunque no tenga diabetes, hablamos de muchas enfermedades, como sobrellevarlas y le puede servir.

T. ya voy a mi trabajo.

F. ¿qué hace?

F. ¿qué nos queda de todo esto que oímos?

M. decepción.

F. E, ¿qué te queda de oír todo esto?

E. a mí, coraje.

G. impotencia y la única opción es rezar; me libera de mi frustración y resentimiento, para que ayude a los doctores.

H. a mí me urge a un gran esfuerzo para que toque el corazón de los doctores, que a veces se hacen apáticos a las necesidades de los pacientes. Ellos pueden ser sabios, pero les falta corazón..

F. y a ti, M, ¿qué te queda de oír todo esto?

M. prevención.

L. yo, aprender a hablar con los médicos. Exigir, que me manden los estudios, que me den los resultados. Se hace uno chiquito. Se imponen sin saber que son tan humanos como nosotros.

F. ser más asertivos, buscar resultados, soluciones..

N. no porque uno me dijo que no, dejarme. Si no se da uno valor y la confianza de exigir y pedir, no le hace. Pagar, de algo nos ha de servir. Me pongo a pensar en mí, en primero ayudarme a mí misma y reconocer los lugares donde me pueden ayudar.

F. no se conocían los derechos de los pacientes y hasta hace poco hay una carta de derechos de los pacientes..

D. pero ¿de qué sirve?

F. por lo menos lo saben. Antes la gente no preguntaba, no se defendía. Nos dirían“le estoy diciendo esto; ¿qué no entiende?” y bajaban la cabeza. Ahora van a la subdirección. Saben que tiene derecho a un trato digno. No digo que hay que ser agresivos..

G. No, con respeto, pero que me digan o que me manden con quien me pueda decir qué sigue. Porque uno se apabulla. A ellos para eso les pagan.

F. y lo vemos desde la entrada, la recepcionista, la trabajadora social. Y hay algunos que están con tanto estrés que tratan mal al paciente; y entiendo las grandes cargas de trabajo que tienen.

N. yo digo que ya con eso.

F. pues nos vamos con esa enseñanza, doctora. Y M. dijo una palabra clave: la Prevención.

Comentario. El caso de Y y Z, conmovió mi corazón.

Una pareja de Valle de Chalco, él hojalatero de sesenta años, diabético y con cáncer de próstata diagnosticado ocho meses atrás, con ocho médicos que lo vieron previamente y cada uno le pidió un estudio de laboratorio, sin ingreso actual, sin afiliación al Sistema de Seguridad Social, sangrando durante un mes, y cuatro meses con sondas que le cambian cada 21 días.

Ella, su esposa, con dolor en el cuello y vértigo, sin posibilidades de atenderse "*Pero no puedo venir. Es él o yo.*"; con dos hijos en problemas de adicción, uno anexado, solicita exención de pago y no se lo dan.

Se tardan dos meses en juntar mil cincuenta y seis pesos, para poder pagar estudios de laboratorio. La esposa va a buscar al médico tratante y él está fuera del Hospital. Para colmo, tiene que trasladarse caminando a donde le pueden prestar una silla de ruedas.

En este caso observamos múltiples Pobrezas, que derivan en Patologías, por su intensidad y su prolongación en el tiempo (Entendimiento, Participación, Libertad, Subsistencia, Afecto, Creación, Ocio, Identidad, por supuesto, Protección,) donde paradójicamente se asoma la Trascendencia del yo, del egoísmo, de la conciencia del yo para el autoolvido,: ésa que lleva a la mujer a decir directa y simplemente "*Pero no puedo venir. Es él o yo.*"

Y también la Trascendencia aparece en las decisiones que toman como pareja cuando en lugar de usar su dinero para atender al señor, lo usan en su hijo: "*Tengo uno anexado y le llevo despensa porque si no, me lo sacan.*"

Llama la atención la síntesis a la que llega T, después de haber escuchado este relato: "*T. Voy a trabajar en una casa. Si no, ¿de dónde sacamos dinero para curarse?*"

En esta sesión también resulta evidente que cada paciente llega a su propia síntesis, a través de sus reacciones emocionales: "*decepción, coraje, me urge a un gran esfuerzo para que toque el corazón de los doctores, prevención, aprender a hablar con los médicos y exigir que me mande los estudios y me de los resultados, me pongo a pensar en mí y reconocer los lugares donde me pueden ayudar*", y dentro de esta síntesis, hay una que nos habla del proceso de Trascendencia: "*G. impotencia y la única opción es rezar; me libera de mi frustración y resentimiento, para que ayude a los doctores.*"

Por otro lado, las expresiones de la facilitadora son necesarias en un proceso de educación para los derechos de los pacientes, en particular, y de los derechos humanos, en general.

En relación al aspecto subjetivo de la calidad de vida, la síntesis de cada participante nos recuerda los postulados que explican la elevada satisfacción con el sistema de salud en las clases menos favorecidas.

27.

Sesión completa transpersonal.

SESION 11/09/2012.

F. ¡Hola, buenos días! ¿cómo están?

V. no puedo caminar mucho porque mi pie me duele. Luego se me hincha.

F. ¿y no te interesaría ir? (a la caminata del diabético).

V. lo que pasa es que voy a empezar un programa en el Seguro (social) de Geriátrica. Mañana tengo dos consultas.

F. ¡pero qué bueno, que te hagan un chequeo!. Bueno, te voy a dar un folletito para que pases, por si les interesa.

Y. es domingo creo, ¿no?

F. no es 29, sábado. Y el 27, Paco, es el aniversario de aquí del grupo. ¡Hola David! ¿cómo estás? (David le da la mano a todos). Y la celebración es ir a Sanborns. Cada uno va a pagar sólo lo que consume. Y vienen los doctores. Es jueves, acabando la sesión en el área del bar.

P. a un lado de la caja, ¿no?

F. sí, se está avisando a los más posibles de los pacientes y los médicos especialistas que nos quieran acompañar.

D. y la caminata ¿cuándo va a ser?

F. ¿no te lo dijo JG? ¿le quieres responder?

P. pues aquí dice que debo ser paciente de diabetes o hipertensión.

F. por eso les piden que respondan esto. (les da un formato de la carrera),

P. por eso debe ser sólo para pacientes.

(llega ML).

F. ¡hola muchachita!

D. ¿tienes pluma, Nidia?

N. sí.

F. (le habla a P) pero puedes ir y observar. Te checan varias cosas y ves cómo se organiza la carrera. Para que les den constancia de la carrera les piden sus datos, y la distancia depende de la condición de cada uno.

P. ¿es carrera o caminata?

F. caminata.

P. no camino, digamos mucho, pero sí he caminado. Soy de los que aguanto caminando directo, pero sí me cansa andarme parando de tienda en tienda y por ejemplo mi esposa me dice que la encuentre en el centro, y no me gusta.

(llega U. y F. se acerca, la abraza, la toma con las dos manos y le dice “¡qué milagro! ¿cuándo vienes?. El 27 es el aniversario. Vamos a ir a Sanborns en el área del bar a las 11 de la mañana, Van a ir los médicos, para ver a gente como tú. Son quince años. Están buscando los teléfonos de tus compañeros. ¡qué gusto!. X. responde “sí. Muchas gracias. Tengo cita ya casi. Y se va).

F. y es también para celebrar el espíritu del ejercicio.

P.¿de dónde a dónde caminan?

F. aquí está el planito. Mira..

ML. y también hay otras (caminatas). Ahí sí puedes participar.

D. ¿esto es lo que se recorre? ¿a dónde hay que llegar? Aquí está Viaducto-Tlalpan.

ML. es el parque de beisbol, ¿no?

F. no sé. Nunca he ido. Aquí está para llegar al Centro Social y Deportivo.

D. ¡ah! Ahí es la reunión, en Viaducto Tlalpan y Periférico. A mí me conviene mejor tomar el transporte que se va todo el circuito, Tlalpan y todo Tlalpan y entrar por ahí.

F. No sé ahora, pero algunas veces que yo los acompañaba a otras, les daban tarjetas con su número y rifan televisiones, despensas, refrigeradores y dicen que por Chapultepec está más grande y vamos a checar..

ML. aquí dice que depende del chequeo, te dan un color y el número de vueltas que le dan, depende de eso.

F. hay otras caminatas más por hacer. P ¿en qué te ocupas tú?

P. ¡ah! Estoy en una escuela de computación, en el área de promoción. Ahí trabaja mi esposa y como no he tenido mucho trabajo (hago planos de instalaciones eléctricas, hidráulicas), ha bajado mucho el trabajo, sólo me ocupo uno o dos días a la semana; a veces pasan quince días y no hay nada. Así nos pasa en cada cambio de gobierno. Hacen como los cortes y lo demás lo dejan a los nuevos. Y ella (su esposa) tiene promotores y volanteros a su cargo y como ella ahora está panzona (embarazada), se cansa más.

F. ¡ah bien! La pareja se ayuda.

ML. ¿ya cuánto lleva?

P. seis meses.

F.¿ y tú estás en casa?

P. sí.

F. ¿y trabajas?

P. ya no.

F. sin horario, ni calendario..

P. y ella va bien de la presión, de la glucosa, hasta la vacunaron contra el tétanos. Y creo que le dolió.

F. sí duele. A mí cuando me han tomado muestras de sangre, duele. ¿Tú, D, te inyectas insulina?

D. sí, dos veces al día.

Delia. ¡buenos días!

F. ¡hola Delia, qué gusto verte!

D. y te va a avisar la aguja. Cuando sientas que no entra, te cambias el lugar para la aguja.

F. la Dra. Vi. Nos dijo que hay 366 lugares donde te puedes inyectar: en brazos, muslos, vientre, espalda, en lo gordito.

D. a un vecino se lo llevaron a hospitalizar en la mañana. Le están inyectando y tiene quince años, apenas va a la secundaria.

P. la juvenil, ¿no?

D. sí. Voy a verlo y lo hago repelar. Los mismos chamacos van a contarle chistes. ¿Qué pasó? Le digo. “Yo también estoy igual”. Entonces me agarró confianza y me estuvo contando que lo inyectan y no lo pueden controlar. (no se bajan sus niveles de glucosa). Ya estuvo en el Infantil (hospital). Se está fortaleciendo y le voy a comentar a ver si me lo llevo ese día (a la Caminata).

F. sí. Una chica nos dijo que nació con diabetes y ella es médico ahora. Ella no sabe de otra vida. Se embarazó y estuvo bien. Su niño está bien y tiene cuatro años. Su mamá la trató con mucho cuidado para que fuera lo más normal y no comiera nada que le hiciera daño y sí tenía coraje por lo que se privó. Ahora entiende que lo necesitaba así.

D. una señora cuando se embarazó sí tuvo problemas y ora sí que hay que estarla checando.

F. aquí en ginecología están quienes desarrollaron la diabetes gestacional. Mucho tiempo estuvimos trabajando con ellas. Una estaba ya quince días y estaba desesperada, porque le gustaba correr. Con ella le poníamos visualizaciones de que estaba con sus tenis y corría y al terminar, se quedaba sudorosa, y bien. Delia, ¿dónde estabas? Te nos habías hecho ojo de hormiga y eres una parte importante del grupo. Todos son importantes y cuando no llegan, se ve la silla vacía y los extrañamos.

D. yo iba a ir a un paseo ahí por Taxco. ¿conocen?

F. sí.

D. Hay un cerro, casi no se siente la diferencia del clima y a mí me agrada. Está en subidita, no está plano, como Taxco. Tiene sus arroyitos. Es la segunda vez que iba. Fuimos a una boda y se nos hizo tarde. Ahora íbamos a ir desde el viernes hasta ayer y casi por lo regular todos son parientes o conocidos.

F. ¿cómo se llama el lugar?

C. Tetitlan.

F. entonces llegas a Taxco y te sigues..

D. le rodea uno como si fuera a ir a Iguala o también por Toluca, pero es más vuelta. Nada más son las 2 únicas entradas.

F está bien. Y el atractivo del pueblo es ¿que es callado?

D. casi sí. Mi vicio es viajar.

F. ¡ah! ¿sí? Has de conocer muchos lugares.

D. no tanto. Vamos a llano grande, a la mar, compran queso, nopales, chicharrón. Tengo mi estufa de gas, o luego mi esposa prepara comida.

F. ya respiras otro aire.

D. sí.

F. a veces hemos ido con el grupo a Xochimilco. Nos embarcamos en la trajinera. Pasamos al mercado. Una de ellas, de su bolsa sacó su molcajete y le digo “¡ay, Flora!” me dice “a donde sea, cargo mi molcajete”. Comimos tacos con su salsa. Compré chiles, jitomates y que se pone a hacer la salsa. Eramos como dieciocho personas.

D. pero ahorita como están las cosas, ya no me animo tanto a salir. Tiene uno que ir para allá donde está la familia entre Arcelia y Altamirano.

F. ¿por la costa grande?

D. no, aquí hace calor seco. En Acapulco es húmero. Aquí es seco. He andado en mayo, junio, con la camiseta toda sudada. Y ahí se toma cerveza, refresco nada, agua nada. Agua de limón, cebolla y chile se lo pican al agua. Es un suero que le quita la sed.

ML. eso es lo que venden luego. Los preparados.

F. bueno, en ese clima ya conocen como funciona uno, ¿verdad?.

D. y tomamos café caliente.

F. sí, caliente con caliente se combate. También en el frío, se toma paleta helada o descubriéndose los pies se llenan de calor.

D. pero el mezcal me causa una ola de calor.

F. (a una recién llegada, Eduviges) ¿ya llenaste tu cuestionario para la Caminata?

E. no, no sabía.

F. es el 29 de este mes. Para que les den todo lo que les dan, llenen el cuestionario y me lo dan para pasárselo a JG, porque es el que se encarga de esto.

De. Pero no puedo en sábado.

F. ¿no puedes ir?

De. No.

F. y el lema dice “menos plato, más zapato”. Que quiere decir, comer menos, moverse más.

(**F.** se acerca al pizarrón, donde una pantalla lo cubre. Trata de mover la pantalla. No puede, pide ayuda y Paco se acerca a moverla. El pizarrón queda libre. Mientras, **ML** ayuda a **E** a llenar el cuestionario porque **E** no lee y difícilmente escribe. **F** anota en el pizarrón: Reflexión, Meditación, Oración.

F. ¿alcanzan a ver? ¿qué les dicen estas palabras? Esto nos puede llevar a la relajación. Se supone que estas acciones se toman según cada uno. ¿Qué es reflexión? ¿Delia?

De. Pensar las cosas.

F. ajá.

M. (que llega con su tejido). Analizar.

F. sí, es tomar un momento para bajarle a las emociones, cuando estamos muy enojados o muy excitados. Sobre todo cuando hay algo importante que decidir: para ver que lo que me está pasando, cómo me impacta. ¿Meditar qué sería entonces?

(todos callan)

F. meditar es ponerse en total silencio. Y a veces confundimos meditar con orar: estoy hablándole a Dios o dejando salir lo que traigo dentro. Meditar es hacer silencio para escuchar a Dios. Las dos son con un fondo especial, de poner todo mi ser para poder meditar y orar. Algunas oraciones están aprendidas de memoria, como cuando estamos en un rosario para un enfermo y me salen en automático; y orar realmente es expresar lo que siento a una fuerza superior, que para cada quien es tan valiosa como otra. Hay quien lo hace a la naturaleza, un señor decía, “para mí es el átomo lo superior”. Y muchas veces buscamos protección, solución a nuestros problemas, ayuda, claridad y es válido porque a veces nos sentimos tan impotentes que buscamos ayuda contra la impotencia, paciencia. O para dar gracias, como dice la Cruz Roja “nadie es tan pobre para no dar

gracias, ni tan rico para no agradecer". A veces hacemos oración sólo para pedir, pero dar gracias es bien importante también. Alguien dice, "lo que pides es lo que no tienes" "dame algo, porque el pensamiento registra carencia". Cuando damos gracias por algo, la mente trae abundancia. Gracias por el taco. Es como un juego de toma y daca. Yo doy gracias de corazón por lo que tengo, y hace un cambio en mi mente. Cuando aquí oímos gente que da gracias por tener diabetes, porque es una enfermedad que me permite vivir sin dolor. ¿Cómo das gracias por una pérdida de salud? Es muy emocionante dar gracias de que no estoy peor, de que me puedo mover. ¿Vieron las olimpiadas de los paralímpicos?

P. yo ví los resultados, que en ellos hay más medallistas (mexicanos) que en los otros (los olímpicos).

F. este muchacho que no tiene pierna y se ganó oros. Sale feliz, agradeciendo. Yo pienso, "sí, me falta un brazo, pero a él le falta un brazo y dos piernas" Y está dedicado a superarse. Y el italiano que era corredor y perdió las dos piernas. ¡Qué voluntad, qué fuerza tiene el ser humano para vencer todos los obstáculos! Y a veces me derrumbo por un diente o una uña enterrada. Pero es la envidia para combatir. O este chiquito del Teletón, con los pies descalzos teclea rapidísimo y juega fútbol. Tiene como catorce años y da gracias al Teletón porque lo han rehabilitado. El escribe con sus pies. ¿Cuál es el límite? No es físico. El que nos ponemos, es mental. "yo no puedo". ¿por qué?

De. Por puro miedo.

F. sí. Y mejor bajarme de la silla y ver qué no puedo hacer. Entonces la diferencia es qué puedo hacer.

P. me tengo que ir, Gracias.

F. Sí. Si su vida no es de agradecimiento, nos ponemos en zonas de confort de víctimas en lugar de decir "esto está sucediendo pero lucho por mí." Nací en una familia disfuncional, pues le sigo. Hay muchos ejemplos de personas que luchan: lanzan la bala, la jabalina, gente chiquita brincando. Entonces no hay límite para el potencial. El límite está en nuestra cabeza. Ahí nos quedamos atorados, como que no se vale.

ML. Y sobre todo la actitud. Se cae uno y le ayudan.

F. La solidaridad.

D. No le puse la fecha (a la solicitud de la caminata) ¿le pongo la de hoy?

ML. No, yo creo que es la fecha de la carrera.

E. ¿se queda uno con este papelito?

ML. Sí, porque tiene el número de folio. (contraseña para la caminata).

E. el otro día me hicieron estudios del cuerpo y de los pies., ese día.

F. ¡Ah, sí! El jueves vino JG a dejar los cuestionarios. ¿Cuál es tu zona de confort ML? Lo estamos trabajando como casi siempre, algo que no tomamos el reto. “Así me tocó”.

D. viene siendo como la conformidad, así estoy bien.

F. No, estoy de la fregada.

D. sí, como me duele esto y me aguanto, ¿no?

F. físicamente a veces el dolor nos mueve, y busco alivio. Pero hay incomodidad emocional y ahí me quedo. Me dijeron que soy fea. Es vencer memorias, creencias, traumas, temores. Como la mujer maltratada, “pues así ha sido”; la mujer engañada “sí, pero ya me pidió perdón”. La madre sufrida, porque es más cómodo estar ahí, que buscar un cambio.

R. jaja (una señor que teje, se ríe como si estuvieran hablando de su caso)

F. sí, aquí estoy en el hoyo, pero no hago nada para mejorar. Como la diabetes “no, pues así es,” y no vienen. Y no por venir aquí, pero no buscan ayuda ni un cambio. No nos estamos moviendo de silla en silla, no. ¡Ya hasta la calenté!

R. jajaja. Pues es que así yo me siento bien.

ML. no, lo peor es que ni nos sentimos bien.

F. es tener algo diferente.

D. desgraciadamente hay mucha gente así.

ML. todos somos así. Porque yo puedo estar bien en mi trabajo, pero no en relación a mi hijo.

F. por eso les pregunto ¿cuál es su zona de confort?

ML. Para mí el ejercicio. Necesito tomar un tiempo específico para eso. Mi zona de confort me dice “es que no tengo tiempo o tennis”.

D. o tengo flojera, aunque no se sienta uno cansado, lo decimos. O para levantarme, sí me levanto pero no para hacer ejercicio. Pero el chiste es hacerlo.

F. ¡cuántos cambios cuánticos cuando hay decisión de cambiar! Hay una pareja joven por el estado de México. El es obrero bien pagado y lo liquidaron de repente y con su liquidación dijo: “no, este dinero está bien guardado” Y quería conseguir otro trabajo y no conseguía. Y tenía un sobrino de su esposa, al que siempre le decían “ese bueno para nada, no quiso estudiar.” El sobrino tenía una camioneta de redilas y vendía fruta en las calles. Le dijo el sobrino, “órale, véngase conmigo a vender. Hay que gritar en cada calle”.

(Paco regresa).

P. dicen los doctores que se van a ir a una Jornada de Nutrición y que hoy no dan consulta.

F. Y el sobrino gritaba ofreciendo la fruta, y el desempleado pesaba el platillo. El sobrino le dijo “bueno, ahora vengo, hágase cargo”. Al verse solo, él empezó a decir bajito “compre su fruta”, y luego empezó a gritar; acabó vendiendo y de ahí agarró la decisión de dedicarse a vender y empezó a ir a Hidalgo a comprar barbacoa sábados y domingos y luego en su casa hizo el horno y él y su esposa pusieron un restaurancito; un hijo tiene uno y otro hijo otro y dijo “si no me hubiera decidido a gritar por la necesidad, no hubiera hecho eso”. Y ahora ya no quiere ser asalariado. Nos dijo “ahora soy empresario”.

R. es que gritar le daba pena..

F. sí. Y otro le empezó a vender a vecinos lo que traía de la Central de Abastos en un camioncito y llevaba pedidos surtidos y porque se tuvo que salir de su confort. Y eso es en la necesidad material, sobre todo los proveedores del hogar. Pero en la cuestión emocional, también nos quedamos estacionados en sufrimiento, en pena, en rencor. Una mujer con un mal en las rodillas vivía en dolor permanente. Cuando se animó y le operaron las dos rodillas, no sabía lo que era el “no dolor”. ¿cómo es vivir sin rencor, sin resentimiento? Porque a veces es como una segunda piel. ¿cómo será vivir sin quejarme? No porque no existan dolores o frustraciones, sino porque hacemos trabajo para echarlos fuera. “¿ Por qué se me va a olvidar lo que me hiciste?” ¿cuál es mi zona de confort? El resentimiento. “No te voy a olvidar hasta que te mueras, maldita sea.”

D. es que sí. Cuando hay resentimiento los olvida uno. Pero ya no cuando no es con la misma familia.

F. sí, pero es diferente cuando queda el recuerdo , por ejemplo, a los cuatro años te caíste y te rompiste un brazo. Te acuerdas, pero ya sin dolor. Pero hay gente que vibra en estarnos alimentando de puro odio.

D. si me hacen algo, si usted quiere por educación o por compromiso, les digo “buenos días” o “buenas tardes”, no lo agarro como para desquitarme, pero no dejo de acordarme o tener en cuenta que esa persona me hizo algo.

F. ¿y le deseo el mal?

D. ¡oh, no!, pero si veo que se va a caer, como si nada..

F. es tu autodefensa.

D. Sí. Y me voy.

F. te estás defendiendo: “tú me hiciste eso, te pago con indiferencia”.

D. sí, ya no existes. Como un vecino que me llevaba muy bien, cotorreaba en su tienda pero hubo envidias, celos. Va moviendo el carro, viene una moto y acelera. Pensaron que mi mujer lo había dejado ahí. El se baja del carro, “¡no, tranquilo” le digo. “Tenemos catorce años y no hemos tenido problemas, tranquilo es un malentendido. Mañana platicamos. ¿te parece?”. Ya reaccionaron que ellos cometieron el error, querían suavizar las cosas, y al otro día se les cayó..

F. sin involucrarte, pero no con esa frialdad de que “no eres nada”. ¿Y por acá, cómo andan de sus zonas de confort?

De. Yo creo que muchas veces nos quedamos ahí. Me cuesta trabajo moverme, me he quedado ahí. No trabajo el resentimiento. Me cuesta.

F. sí, es como una cama de clavos. Duele, pero no me muevo. Tal vez poco a poco y con buena intención. ¿y E.?

E. yo como usted lo ha dicho, mi cuñado no me habla, mejor retirarme de él. Voy y saludo. Mi hermanita le hace caso a todo lo que él diga, de todos mis hermanos me voy a retirar para evitar problemas.

F. y con tu familia, para no romper la relación familiar, salir de la zona de confort, “yo fui desde niña la que aguanté todo” mi zona de confort así ha sido siempre, me aguanto. No, es revalorarme y decir “no estoy de acuerdo con lo que ustedes dicen, mi ser vale tanto como ustedes. No soy su marioneta.” Es amarme tanto y ponerme frente a los demás así.

E. Así como usted dice, mi cuñado no quiso que mi hermana me ayudara con mi hermano. Hace un mes en San Luis, mi hermano estaba tirado en el piso y el doctor me dijo “te vas a dormir aquí en el consultorio”, por mi hermano. Le pedí a mi hermana que me llevara el desayuno. Y como había balaceras, ella solita reaccionó y dijo que no, por su marido que no la deja. Mi sobrino, ya tomadito, me dijo: “tía, la próxima no va a ir usted a la consulta. Cuando le toque a mi mamá, voy a ir yo en su lugar”. A mí no me cuesta trabajo porque es en la sierra, y me da gusto.

F. lo importante es que te rescates a ti misma.

E. sí, yo me manejo solita.

F. ¿y tú, R.?

R. Yo vivo solita.

F. ¿y cuál es tu zona de confort?

R. Pues siempre ando bien ocupada. Salgo y me voy a nadar de martes a viernes. Sábado y domingo, me voy con mi hijo.

D. ¿y dónde nada?

R. en la 23 del Seguro Social. Y orita me dieron mi pase y se tardó la consulta.

F. ¿y vas a nadar por rehabilitación?

R. sí, porque me quieren operar las rodillas y los tobillos y ya tengo como siete años que voy y nado porque me entretengo por mí misma. Los hijos ya se me fueron. Cuando tenía sólo dos me decían si recibo otros. Dije “no, así estoy bien”. Tengo treinta años de viuda. Dejé el puesto de braseros, de comales. Ya no se vendía y me decían mis hijos “no le voy a dejar perder el puesto”

F. bueno, no tienes mayor conflicto.

R. Ora hay quien me carga batas, brassieres, pero ya no tengo tiempo. Me desperté a las cinco y media y a las seis y media me paré, me bañé y saqué la basura.

F. ¿y vives bien? ¿no tienes temor?

R. No, al otro lado vive m'hijo pero luego ni nos vemos. Mejor la nuera va a visitarme. Otro hijo de Los Reyes, me dijo, ¿vas a estar?. Y fueron a visitarme. En la noche, cada quien a su casa.

F. bien. Y tu P, ¿tu zona de confort?

P. ¿cómo es?

F. donde estés estacionado. No es lo ideal, pero no haces el intento de salir. No es la felicidad, pero no hago por soltar como un odio, resentimiento, mal recuerdo.

P. orita más que nada estoy planeando todo esto. En el tiempo que tengo libre, estoy buscando nombres, en internet, el significado. Más que nada, planeando y sigo viviendo con mi suegra pero nada más llegamos a dormir. Pero estamos buscando una casa, lo del crédito del Infonavit. Yo vivo en Metepec, pero las casas que dan, estoy en el centro donde llegamos siempre, pero las casas que están entregando son una hora más. Estamos tratando de conseguir por ahí cerca. Básicamente orita que no tengo muchas cosas que hacer, me dedico a esto.

F. Muy bien. Hay una historia de un maestro que llega a un pueblo muy humilde. Una aldea, ni siquiera un pueblo. Le ofrecían lo que tenían. Dijeron los del pueblo "le damos leche y queso". El maestro sale de madrugada y el aprendiz le dijo "pobre gente, ¿verdad?. Nada más tienen una vaca". El dijo, "sí, pobre gente. Desbarranca la vaca". -"¿cómo tú, que eres todo bondad, me pides esto?" - "sí, mata la vaca". El aprendiz la mata y ocho meses después ven el pasto crecido, los niños corriendo en la aldea. "¡ay maestro, pase usted!" "Veo muchos cambios" dice el maestro, "¿Qué ha pasado?" -"pues la vaca se desbarrancó. Entonces la gente del pueblo nos regaló unas semillitas y las sembramos. Luego fuimos a vender la cosecha y nos dieron pollos a cambio". Voltea el maestro y le dice al aprendiz "ya ves, por eso te pedí que mataras la vaca". Y salieron de su zona de confort. La necesidad los movió y encontraron una nueva forma de vivir. En la aldea dijeron "gracias a que se murió la vaca, nos movimos a buscar otras cosas", como esas parejas que vinieron.

ML. yo les voy a decir mi experiencia. Yo vivía en un lugar que cuando llegué era una colonia nueva. Al crecer los jóvenes, empezó no vandalismo, pero pleitos, corretizas, la patrulla, balazos a cierta hora, nos íbamos a dormir y chalalá. Aparte, la integración familiar no era buena; mi pareja tomaba bastante y en mí había adrenalina. Y yo decía, "a ver si va a llegar, como con quién, " y me dormía en medio de balazos, a la orilla del D.F. Salgo de mi zona de confort, me desperté un día de repente y dije "no son balazos, son fuegos artificiales". Estoy tranquila en un lugar donde otros viven con angustias. Gracias a que me salí, con lágrimas, con dificultades, con violencia intrafamiliar. Me acostumbré a esa situación por veinte años. Y uno se acostumbra y piensa que es normal pero no, hay cosas mejores. Ahora fui a una verbena, carnaval con mariachis y la banda y en esa casa daban de comer. Nos invitaron a comer y las señoras que se paran y tomaron la pistola y

empezaron a disparar. Y dije “yo ya me voy a mi casa”. Son cosas que veo de lejos. Salí de mi zona de confort.

F. por eso esa frase de “mata la vaca”.

D. sí, y tenemos que buscar la solución.

F. y luego te encuentras un horizonte mejor. Ese es el llamado: “mata la vaca” y toma el riesgo de experimentar nuevos horizontes. Hay tiempo de una visualización.

ML. donde salimos de la zona de confort.

D. esa adrenalina de vivir con los balazos, uno se acostumbra.

De. A mí me pasó que veíamos el entorno y vivíamos como esos cuates. y me duele mucho ver que mi hermana está del otro lado, es su problema.

Me dan un poco de ganas de llorar por impotencia. Y pensé “yo ya no quiero vivir esta violencia”. Y pensé “ella quiere vivir así”. Pero yo, De. ya no quiero esa violencia. Va a ser difícil salir pero me doy cuenta por esto, si yo ya no lo quiero. No sé, es una decisión un poco difícil por lo que tengo que superar D. yo también tengo problemas con la familia, con mis hermanos, pero yo agarré la buena, levanté el negocio y me ayudé con la mano de X, para levantar su humilde casa. Si él no me hubiera ayudado a comprar mi carrito; tengo tres carros, no es presunción. Tengo una suburban 93 bien cuidadita, tengo una chiquita camioneta Nissan Estaquitas, sí se necesita. Para eso la tengo, para trabajar. Mis hermanos, uno trabaja en la fábrica: otros están de huevones, uno no quiere trabajar y es buen electricista, buen mecánico y apenas saca para comer. Conozco la forma de ser. A mí me dicen que soy esto, que soy lotro. Y yo les digo “ya me voy, tengo un compromiso”, para quitarme problemas.

F. Y siendo de la misma sangre no compartes ni los mismos planes, ni la misma historia. Decía un peón “los dedos de la mano no son iguales”, así los hijos, cada uno es diferente. ¿Por qué quiero que sean iguales? Mis hermanos los amo y son diferentes y si hay algo que no me gusta es de sus acciones o actitud. No comulgo con sus estilos y haces bien. Yo no quiero esto para mí. Sí los amo, consévalos a todos y lo que tú hagas para ti impacta en el medio ambiente. Esa será tu contribución al gremio familiar. Cuando estás bien, se nota tu camino de armonía.

ML. porque el amor no está puesto en juego. Yo amo la parte interna divina de la gente, pero lo que hace, no siempre. Es la parte esencial del ser humano. Amas lo interno pero no siempre cómo se comporta. Es la diferencia (sic) cuando tienes tus hijos los amas, pero no siempre te gusta lo que hacen. Eso es uno de los grandes avances del ser humano. Entender que somos tanto lo malo como lo bueno, y que la contraparte también acepta la parte buena, capoteando lo malo. El otro hace cosas sin quererme ofender.

F. y ahí usemos el criterio porque a veces hay actos muy perjudiciales. Tengo parte de la respuesta pero no la totalidad. Entonces es descubrir qué quiero para mí. Y qué bueno que está P. aquí porque va a entrar en una etapa que le va a durar toda la vida (ser padre primerizo).

D. yo lo que les digo es que traten de disfrutar a sus hijos. Yo desde que me casé me salía a las siete de la mañana y regresaba a las nueve-diez de la noche, de lunes a sábado y a veces los domingos. Así que traten de disfrutar a sus hijos.

F. por eso dicen que prefieren tener nietos, que hijos.

D. sí, porque uno no sabe lo importante de convivir con los hijos, por la economía.

F. pero tu caso es como el de la mayoría de los padres porque por responsabilidad se dedican a trabajar y es lo que se necesitaba.

D. precisamente. Pero cuando puedas, estáte con los niños. Cuando tengo tiempito, estoy en la casa aprendiendo computación y con mi nieta que ya le salieron los dos dientitos de abajo y está muy grandota.

F. Y que tenga el estímulo de ustedes.

D. y a la niña de siete meses le dicen “ya llegó el abuelito” y me busca más a mí que a su papá. Pero si es un consejo malo, no sé como le llegue.

P. Si la pregunta. Yo sólo estudié la vocacional. La uno pero no terminé porque dos cursos de matemáticas no pasé y dejé de ir. Eran dos matemáticas y química y dije “ya no voy”. La verdad es que en mi caso, no hay problema, la verdad es que fue por flojo y no quise regresar a la escuela. Me gusta mucho la ingeniería, la construcción siempre fue por decisión mía que no regresé a la escuela. Terminé el bachillerato por Ceneval y ahorita que ya lo tengo estoy buscando escuelas pero para lo que a mí me gusta, es ingeniería y no hay escuelas abiertas. Pues ahorita ya lo decidí, ir a una escuela abierta de la UNAM, a contaduría.

F. ¿te gusta?

P. lo que me llamó la atención es que es únicamente los sábados. Tengo que dejar la carrera que a mí me gusta para hacer eso, para tener un trabajo más fijo y si hay oportunidad de seguir estudiando, dejarlo. Porque lo que sé hacer, para hacer otra cosa que no estaba en mis planes.

F. y esto es también ajustarte a tus cambios y que cuando tu niño tenga cinco años ya te estas graduando.

D. Yo sólo estudié hasta la secundaria y luego hice un curso de plomería, electricidad, refrigeración, de oxiacetileno por parte del trabajo, luego me mandaron a INFRA a un curso de soldadura de arco de oxiacetileno, a refrigeración y aire acondicionado. A mí me enseñaron para dar mantenimiento de equipo de hospital, para darles aire con tubos de aquí, a la pared.

F. yo he visto, quiero recordar dónde, a nivel de diplomados para la construcción y me llamó la atención..

P. hay para ser topógrafo pero salen mucho porque es para hacer carreteras y sé un poco de eso, pero salen mucho.

F. ¿y en Cecyt o Conacyt?

P. ya ví uno de la Cámara de la Industria de la Construcción, pero es para llevar la administración.

F. Bueno, tu plan es bueno, se te van abriendo espacios.

P. y voy a hacer mi comercial. Mi esposa trabaja en el área de promoción de una escuela del centro. Los preparan para el Ceneval, para computación..

D. yo voy a hacer la cita.

P. y es para adultos, para aprender computación.

D. hablé, pero me dieron cita para el sábado.

P. es contraesquina del eje central e Independencia.

ML. ¿nos das el nombre de tu esposa?

F. ¡qué bien! ¡vámonos a clase!

Comentario. Esta es una sesión completa, que presentamos para que pueda conocerse la dinámica cotidiana del grupo, donde varios aspectos son enfatizados y analizados.

Generalmente las sesiones son multitemáticas, dependiendo del flujo espontáneo de los participantes.

Por lo que se refiere al satisfactor sinérgico de las Caminatas convocadas por asociaciones civiles, como la que nos ocupa, el grupo aprovecha la experiencia previa de algunos participantes, para promover esta actividad. No sólo es necesario el ejercicio, sino un chequeo previo para confirmar que los caminantes no están en riesgo. Este tipo de actividades promueven la salud física pero también mental, alentando la interacción de pacientes, que se convierten en deportistas.

Trascienden su autoidentificación. Reciben su medalla, lo cual favorece la autoestima, no sólo por su logro, sino por la mejora en su autoimagen. El evento es público, lo cual significa un reconocimiento social. Les genera una sensación de comunidad. De principio, algunos pacientes son estimulados a participar por las recompensas extrínsecas que obtienen, como regalos.

La idea es que se animen a asistir por primera vez, y que experimenten una práctica sana que puedan practicar frecuentemente. Es como una inducción que promueve la adhesión al tratamiento. Su lema: “menos plato, más zapato” está dirigida a eliminar el sobrepeso en hipertensos y diabéticos.

La caminata puede facilitar la trascendencia del paciente de su propia individualidad, sus límites, su egoísmo, su presente, etc.

Sin embargo, para un tipo de diabético empieza a ser difícil participar, cuando la historia natural de la enfermedad genera condiciones cada vez más complicadas, como nefropatía y

neuropatía. Debido a la acumulación de agua en el cuerpo, se hinchan los pies y caminar resulta doloroso o incómodo: *"V. no puedo caminar mucho porque mi pie me duele. Luego se me hincha."* La neuropatía es dolorosa y también complica su transporte.

Por otro lado, se describen varias Pobrezas crónicas, que originan Patologías como el desempleo cíclico, muy angustiante para un hombre que va a ser padre por primera vez: *"ha bajado mucho el trabajo, sólo me ocupo uno o dos días a la semana; a veces pasan quince días y no hay nada. Así nos pasa en cada cambio de gobierno."* y que invierte muchas horas de transporte para llegar a trabajar al D.F. desde Metepec, Edomex: *"y sigo viviendo con mi suegra pero nada más llegamos a dormir. Pero estamos buscando una casa, lo del crédito del Infonavit. Yo vivo en Metepec"*.

Otra Pobreza de Subsistencia es la dificultad para obtener una casa cerca del lugar de trabajo: *"Yo vivo en Metepec pero las casas que dan, estoy en el centro donde llegamos siempre, pero las casas que están entregando son una hora más. Estamos tratando de conseguir por ahí cerca."*

Asimismo, contra la Subsistencia está la inseguridad del ambiente social: *"Al crecer los jóvenes, empezó no vandalismo, pero pleitos, corretizas, la patrulla, balazos a cierta hora, nos íbamos a dormir y chalahá. y me dormía en medio de balazos, a la orilla del D.F."* *"A mí me pasó que veíamos el entorno y vivíamos como esos cuates. Me dan un poco de ganas de llorar por impotencia. Y pensé "yo ya no quiero vivir esta violencia". "Le pedí a mi hermana que me llevara el desayuno. Y como había balaceras, ella solita reaccionó y dijo que no, por su marido que no la deja". "El se baja del carro, "¡no, tranquilo" le digo. "Tenemos catorce años y no hemos tenido problemas, tranquilo es un malentendido. Mañana platicamos. ¿te parece?"*

Algunos factores de Patologías sociales pero vividos a partir y desde el entorno familiar tienen que ver con violencia entre la pareja y maltrato psicológico y sojuzgamiento a la mujer: *"Aparte, la integración familiar no era buena; mi pareja tomaba bastante y en mí había adrenalina. Y yo decía, "a ver si va a llegar, como con quién,"*

También se menciona el patológico estilo de vida en el D.F., que contribuye a la ruptura de relaciones familiares: *"D. yo lo que les digo es que traten de disfrutar a sus hijos. Yo desde que me casé me salía a las siete de la mañana y regresaba a las nueve-diez de la noche, de lunes a sábado y a veces los domingos. Así que traten de disfrutar a sus hijos. uno no sabe lo importante de convivir con los hijos, por la economía."*

Sin embargo, no siempre la convivencia familiar es armónica y como no hay una educación de la población para el manejo de conflictos, muchas familias terminan separándose: *"yo también tengo problemas con la familia, con mis hermanos.. Y yo les digo "ya me voy, tengo un compromiso", para quitarme problemas."" , mi cuñado no quiso que mi hermana me ayudara con mi hermano". ". yo como usted lo ha dicho, mi cuñado no me habla, mejor retirarme de él. Voy y saludo.. de todos mis hermanos me voy a retirar para evitar problemas."*

En cuanto a Pobrezas de Entendimiento, un grupo de asistentes tiene muy bajo nivel de escolaridad y algunos no saben, no pueden o difícilmente escriben y/o leen, como queda registrado en esta observación: *"Mientras, ML ayuda a E a llenar el cuestionario porque E no lee y difícilmente escribe"*.

Una patología, que cada vez es más común entre la población, especialmente de la tercera edad, es la soledad. Personas que viven solas y que acumulan Pobrezas de Afecto, Participación, Ocio, Libertad e incluso Subsistencia cuando ya no pueden valerse por sí mismas.

Como este Programa se ofrece en las instalaciones hospitalarias, asisten pacientes que se transportan por sí mismos o que son acompañados por otra persona. En este caso, a pesar de que la persona vive sola, “se entretiene por sí misma”: *“F. ¿y vives bien? ¿no tienes temor? R. No, al otro lado vive m’hijo pero luego ni nos vemos”.*

Otro aspecto Patológico tiene que ver con el sacrificio de la vocación o las preferencias profesionales, en aras de la actividad económica rentable, para mantener una familia. Esta elección que pudiera atentar contra la autorrealización, es un posible foco de frustración existencial no sólo personal, sino de un gran número de individuos: *“Tengo que dejar la carrera que a mí me gusta para hacer eso, para tener un trabajo más fijo y si hay oportunidad de seguir estudiando, dejarlo. Porque lo que sé hacer, para hacer otra cosa que no estaba en mis planes.”*

Respecto a actitudes personales que no contribuyen a la plenitud personal, dos veces se menciona la pereza: *“ Mis hermanos, uno trabaja en la fábrica: otros están de huevones, uno no quiere trabajar y es buen electricista, buen mecánico y apenas saca para comer. Conozco la forma de ser”. “la verdad es que fue por flojo y no quise regresar a la escuela.”*

En esta sesión se hace referencia tanto a la diabetes juvenil, como a la diabetes gestacional. Con respecto a la juvenil: *“D. a un vecino se lo llevaron a hospitalizar en la mañana. Le están inyectando y tiene quince años, apenas va a la secundaria. P. la juvenil, ¿no? D. sí. Voy a verlo y lo hago repelar. Los mismos chamacos van a contarle chistes. ¿Qué pasó? Le digo. “Yo también estoy igual”. Entonces me agarró confianza y me estuvo contando que lo inyectan y no lo pueden controlar. (no se bajan sus niveles de glucosa). Ya estuvo en el Infantil (hospital). Se está fortaleciendo y le voy a comentar a ver si me lo llevo ese día (a la Caminata).”*

Y en el anterior párrafo podemos observar la trascendencia en su aspecto de solidaridad, más allá del egoísmo humano, que comparte un estado de salud deteriorado y que desde ahí desea apoyar.

En cuanto a la diabetes gestacional, la facilitadora hace referencia a la visualización como un recurso muy efectivo en el caso de una mujer corredora, cuyo internamiento la desesperaba: *“F. aquí en ginecología están quienes desarrollaron la diabetes gestacional. Mucho tiempo estuvimos trabajando con ellas. Una estaba ya quince días y estaba desesperada, porque le gustaba correr. Con ella le poníamos visualizaciones de que estaba con sus tenis y corría y al terminar, se quedaba sudorosa, y bien”*

También la facilitadora refuerza la importancia de la adhesión al tratamiento, en un caso de diabetes juvenil: *“Una chica nos dijo que nació con diabetes y ella es médico ahora. Ella no sabe de otra vida. Su mamá la trató con mucho cuidado para que fuera lo más normal y no comiera nada que le hiciera daño y sí tenía coraje por lo que se privó. Ahora entiende que lo necesitaba así.”*

Se exploran los satisfactores sinérgicos de los asistentes: viajes motivados por acontecimientos sociales: *"Hay un cerro, casi no se siente la diferencia del clima y a mí me agrada. Está en subidita, no está plano, como Taxco. Tiene sus arroyitos. Es la segunda vez que iba. Fuimos a una boda y se nos hizo tarde"* aunque vuelve a aparecer el fantasma de la inseguridad: *"pero ahorita como están las cosas, ya no me animo tanto a salir"*.

También expresan satisfactores sinérgicos de ocio o recreativos: *"F. a veces hemos ido con el grupo a Xochimilco. Nos embarcamos en la trajinera. Pasamos al mercado."*

En relación con las Patologías sociales, se nombra el alcoholismo: *"Y ahí se toma cerveza, refresco nada, agua nada."* *"mi pareja tomaba bastante y en mí había adrenalina."* *"Mi sobrino, ya tomadito, me dijo..."*

Se exploran también los hábitos en el comer y beber: *"Agua de limón, cebolla y chile se lo pican al agua. Es un suero que le quita la sed."* *"Una de ellas, de su bolsa sacó su molcajete y le digo "¡ay, Flora!" me dice "a donde sea, cargo mi molcajete". Comimos tacos con su salsa. Compré chiles, jitomates y que se pone a hacer la salsa."* Y esta expresión nos ejemplifica cómo es el modo de disfrutar de uno de los pacientes: *"Mi vicio es viajar. F. ¡ah! ¿sí? Has de conocer muchos lugares. D. no tanto. Vamos a llano grande, a la mar, compran queso, nopales, chicharrón. Tengo mi estufa de gas, o luego mi esposa prepara comida."*

Otras Patologías: mujer maltratada, engañada, sufrida. *"y me duele mucho ver que mi hermana está del otro lado, es su problema. pensé "ella quiere vivir así". Pero yo, D. ya no quiero esa violencia. Va a ser difícil salir".* *"Mi hermanita le hace caso a todo lo que él diga,"* Es curiosa la forma en que el marido se refiere a la esposa embarazada, y podría implicar una actitud despreciativa en otro contexto: *"como ella ahora está panzona (embarazada), se cansa más."*

El satisfactor violador de la burocracia aparece otra vez: Llama la atención que un paciente llegue desde Metepec a consulta y que no sea atendido: *"P. dicen los doctores que se van a ir a una Jornada de Nutrición y que hoy no dan consulta."* Y el resultado es muchas horas-hombre perdidas, desperdicio de recursos y falta de respeto al usuario.

Sobre todo porque contrasta con la circunstancia opuesta, donde el médico no atiende al paciente que llega quince minutos tarde; y en cambio el paciente debe esperar mucho tiempo para ser atendido y, como en este caso, desplazarse en autobús desde el estado de México para encontrarse con que los médicos no van a atenderle.

Asimismo, en esta frase se resume una situación muy común en el México de clase baja y clase media baja: las condiciones muy incómodas en las que el cuidador, familiar o amigo, realiza su labor de acompañamiento al paciente hospitalizado. *"mi hermano estaba tirado en el piso y el doctor me dijo "te vas a dormir aquí en el consultorio"*. Es frecuente observar que en la noche, muchos (as) cuidadores colocan un pedazo de cartón sobre el piso y duermen sobre él, o en las salas de espera. A veces pasan semanas enteras velando a sus enfermos en condiciones muy difíciles para descansar o comer, orinar y defecar.

Frente a la expresión de Pobrezas y Patologías del grupo (Tesis), la Facilitadora y los mismos pacientes comparten otras posibilidades y se convierten en la Antítesis, a partir de la cual cada paciente llegará a integrar su propia síntesis.

En esta sesión, podemos agrupar en doce aspectos la visión transpersonal de la facilitadora, como sigue: **1)** la reflexión, meditación y oración son elementos directamente usados para la relajación y manejo emocional; e indirectamente, para la trascendencia, liberación y transmutación. **2)** valida las creencias o visiones teístas (de un Ser Divino) en cada persona; o la no teísta (una fuerza superior) contra la impotencia humana. **3)** promueve el agradecimiento como recurso de trascendencia y transmutación: *“Cuando damos gracias por algo, la mente trae abundancia. Yo doy gracias de corazón por lo que tengo, y hace un cambio en mi mente”*. **4)** específicamente, en relación a la enfermedad de diabetes, el agradecimiento tiene que ver con: *“gracias por tener diabetes, porque es una enfermedad que me permite vivir sin dolor. ¿Cómo das gracias por una pérdida de salud? Es muy emocionante dar gracias de que no estoy peor, de que me puedo mover.”* **5)** contrasta las condiciones de los pacientes con la de los paralímpicos y un chico del teletón; y concluye con referencia a los valores-S (valores del Ser): *“¡qué voluntad, qué fuerza tiene el ser humano para vencer todos los obstáculos! ¿Cuál es el límite? No es físico, es mental.”* **6)** enfatiza la actitud sobre las circunstancias; la solidaridad. **7)** cuestiona la inercia, el miedo, la “zona de confort” contra el cambio y la respuesta inapropiada frente a los retos de la vida. La intervención de ML refuerza este cuestionamiento: *“me acostumbré a esa situación por veinte años. Y uno se acostumbra y piensa que es normal pero no, hay cosas mejores”*. Promueve el cambio *“¡cuántos cambios cuánticos cuando hay decisión de cambiar!”*: asimismo menciona la trascendencia, la liberación y transmutación contenidas en el acto del perdón y la posibilidad del autorrespeto a través de la imposición de límites. **8)** el relato del paciente que perdió empleo y el de “mata la vaca” son recursos para ejemplificar las posibilidades de trascendencia y transmutación en cada uno de los asistentes. Respecto al primero, modela una actitud de trascendencia de su identidad (*soy empleado primero, y luego desempleado*), de sus limitaciones (*no se animaba a gritar*) y de sus carencias (*desempleo*). De aquí “salta” a convertirse en empresario. El segundo hace referencia a valores-S como: desapego, valentía, compromiso, autorrealización, plenitud. Ambos son fácilmente comprendidos. **9)** enfatiza la aceptación o valoración positiva incondicional: *“¿por qué quiero que sean iguales? Mis hermanos los amo y son diferentes”*. Por su parte, ML afirma: *“yo amo la parte interna divina de la gente, pero lo que hace, no siempre”*. **10)** promueve una visión más allá de las polaridades: *“entender que somos tanto lo malo como lo bueno”*. **11)** menciona la humildad: *“tengo parte de la respuesta pero no la totalidad”*. **12)** recuerda la flexibilidad para asumir el flujo de la vida: *“y esto es también ajustarte a tus cambios”*.

El grupo, en cuanto satisfactor sinérgico, tiene varios objetivos: **a)** además de dar información sobre la diabetes, **b)** ayuda a desarrollar habilidades técnicas para el autocuidado, **c)** favorece aprender a comunicarse más profunda y efectivamente, **d)** el grupo es también un lugar donde se apoyan e impulsan unos a otros, por ejemplo, hago el comercial, impulso el aprendizaje: *“P. y voy a hacer mi comercial. Mi esposa trabaja en el área de promoción de una escuela del centro. Los preparan para el Ceneval, para computación.. D. yo voy a hacer la cita. P. y es para adultos, para aprender computación.”* e) los pacientes ensayan explorar sus estados emocionales, encontrar respuestas y recursos personales, como en este relato: *“R. Yo vivo solita. F. ¿y cuál es tu*

zona de confort? R. Pues siempre ando bien ocupada. Salgo y me voy a nadar de martes a viernes. Sábado y domingo, me voy con mi hijo. D. ¿y dónde nada? R. en la 23 del Seguro Social. Y orita me dieron mi pase y se tardó la consulta. F. ¿y vas a nadar por rehabilitación? R. sí, porque me quieren operar las rodillas y los tobillos y ya tengo como siete años que voy y nado porque me entretengo por mí misma. Los hijos ya se me fueron. Cuando tenía sólo dos me decían si recibo otros. Dije “no, así estoy bien”. Tengo treinta años de viuda. Dejé el puesto de braseros, de comales. Ya no se vendía.”

28.

Dra. ¡qué solitas!

F. estamos solitas después del festejo. ¿Cómo está?

Dra. Achacosa. Con la hernia.

F. a ver hasta cuándo le llega el momento de decidirse. No le urge.

Dra. A veces no sé ni qué me duele. La sentía aquí. Creo que tengo adherencias. No me la sacaron, la dejaron. Entonces eso, quiera que no se formen bridas y era un dolor que todo el mundo me decía no te pares! Ay, F, no me volvía loca nomás por que...

F. del dolor tan intenso.

Dra. Sí. Fui con , no sé, conocidos y no conocidos y yo les decía la materia fecal, cuando llega aquí, empieza a dar molestias. Y llegué con el doctor R, médico internista que desgraciadamente ya se fue del hospital y viene a Congresos. Fue el único que me creyó que yo podía sentir eso y en colposcopias se veía que baja y aquí no, baja el intestino y luego de aquí sube y luego baja y ese es mi miedo por el cual no me decido a operarme porque el médico no toma en cuenta lo que yo le digo y empecé, “¿quién me opera? . Pero ponerme malla y no quiero malla porque en la colposcopia se veía.. Pero con esos antecedentes, conociendo mis molestias y que no me hagan mucho caso.. le dije al Doctor, “pero no quiero malla” , y me dijo “le hacemos la tradicional” y yo no tengo nada de músculo porque no hacía ejercicio. Y a mi edad no creo que me vaya a poner a cargar cosas. Pero mi temor es si a la hora de abrir ve otra cosa , y no me van a estar haciendo caso. Si me quita 20 metros de intestino y me deja 10..

F. yo creo que a un médico le es más impactante los asuntos de salud propios porque sabe qué le van a hacer, qué tiene y todo y ¿eso es por la hernia?

Dra. Yo siento que tengo algo jalado.

Comentario. La riqueza de esta experiencia grupal es suficiente para contener incluso al personal médico, quien siente la confianza para externar sus propias pobrezas: su salud deteriorada y su falta de ejercicio (Subsistencia), sus temores como paciente, respecto a la práctica médica (Afecto y Protección), el intenso dolor que ha sentido (Subsistencia, Protección), el no sentirse escuchada o tomada en cuenta (Participación, Identidad, Libertad). Y este doble rol de paciente y médico, le puede generar mucha angustia, al saberse sin control sobre las decisiones

médicas ajenas, sobre su propio cuerpo. Como le refleja la facilitadora: “yo creo que a un médico le es más impactante los asuntos de salud propios porque sabe qué le van a hacer, qué tiene y todo”.

29.

F. ¡hola, R.! ¿Cómo estás?

R. aquí, quejándonos de nuestras penas.

F. ¿no que te ibas a internar?

R. no, después de cuatro meses.. es análisis de torrente sanguíneo.

F. sí, pues.. ¿qué pasó con tu prótesis?

R. ya me la van a dar. Es que piso del lado y me mandan hacer esto.

F. esta no te la dieron.

R. Fueron 17 mil pesos. La pagó la Cofidel de migrantes, una señora del Movimiento Ciudadano me dijo que me ayudaba. Pero me pidieron papeles de hacienda y muchos más papeles. Se lo llevé todo a mediados de marzo y en julio ya estaba. Yo estaba internado y llegó mi hermano dos días antes y me dijo: “necesito una carta del doctor para que te den el cheque.” Y mi hermano lo quería hacer negociable y llevárselo y gastárselo. Le dijeron que no era negociable y se enojó. Y era como una comedia, él decía: “ Ahí donde yo vivo, no es que yo gaste mucho dinero pero cuando estuvo internado R me gasté mucho y me dejó sin dinero”. Dijo que se gastó mucho dinero cuando yo estuve internado y no era cierto. Estuvo de chillón.

F. ¿cómo te sostienes, R?

R. Todo lo que tengo yo lo he hecho. Le pido dinero al gobierno del D.F. y a una asociación civil. Y vivo en casa de mis padres porque está intestada y como todos tienen casa.. Nomás vive un hermano ahí conmigo. Un día vino con una psicóloga del cirujano plástico. Ahí tengo apuntado el nombre. Y mi hermano la convenció, le dijo que yo me ocasiono todas las heridas que tengo, ¡sí, cómo no!..

F. el chiste es que estás saliendo adelante

R. sí, ya no tardan en ponerme la prótesis. Me tomaron el molde pero me quedó flojo. Me dijo “Síguele y el siguiente lunes te tomo el molde y con ese material te la hago y en quince días ya la tienes”

F. ¿y hasta dónde vas a que te hagan eso?

R. A Motolinía. El muchacho de aquí me dijo que con eso me cobraba treinta y tres mil pesos y me dijo “Te doy la factura, me das el cheque y nos vamos a mitas”. Le dije que no. Luego me habló la señorita y le dije “¿cómo le hacemos?” -“Vaya y pague”. Pero ya quisiéramos..

F. todo mundo se aprovecha.. ¿verdad?

R. Iba a sacar lo de la factura como dos mil pesos y la mitad y a mí me iba a quedar nada.

F. no te prestes a esas movidas chuecas.

R. naaaaaa!

F. ¡hola, G!

G. había una cola horrible (para entrar al hospital). Ya estaba intolerándome..

R. Yo como me meto por la otra entrada... (en el hospital existe una entrada para enfermos)
Debía de traer su bastoncito..

G. ¡no, no hay que invocar!

F. así que estás esperando con ansiedad la prótesis.

R. y tuve una, pero se me rompió.

F. ya te quiero ver caminar, como ese día que llegaste con muletas. Y estos cuatro meses que estuviste internado, ¿cómo te fue?

R. Me hicieron cinco lavados y tres operaciones. Me abrieron la nalga y toda la pierna y me sacaron del músculo para poder cerrar el hoyo del hueso.

F. ¿de qué se te hizo?

R. por quemadura.

G. y tu pierna, ¿por qué la perdiste?

R. dicen que tengo el virus en la sangre. Pero pagué mucho por la prótesis y la atención.

Dra. ¿tienes tu clasificación? (del estudio socioeconómico)

R. sí, tengo la letra E, pero me salió muy caro.

G. en otro lado no creo que te salga más barato.

R. me atendieron en el Gregorio Salas.

F. Dra, ¿la estoliomelitis por qué se produce?

Dra. Es una bacteria que se localiza en el hueso o también se puede adquirir en una intervención quirúrgica.

R. es que en un quirófano me iban a operar y el quirófano estaba infectado.

F. ¿de qué te estaba operando?

R. de ...

F. ¿cuánto hace de eso?

R. más de diez años. Y de ahí me operó el doctor S. y le siguieron y le siguieron.

F. ¿te checan de vez en cuando?

R. pos los cuatro meses aquí, por eso me taparon el hueso.

F. ¿y no hay antibiótico capaz de enfrentar eso?

Dra. Es muy resistente..

R. me mandaron una inyección de 179 y la otra de 210. Namás compré la primera. Me mandaron 10 y me puse 5.

Dra. Eso es muy malo porque se hace resistente el agente de la infección.

R. es que el otro doctor me dijo que no me ponga nada hasta que salgan los resultados.

F. oye, R. y ¿cómo le haces para vivir con todo lo que te pasa? ¿cómo te animas a ti mismo?

R. pues así.. yo la llevo solo.

F. ¿de dónde agarras fuerza pasa salir adelante?

R. la verdad, no sé.

F. ¿a quién te encomiendas?

R. a Dios.

F. ¿rezas?

R. en la noche.

M. ¿vas a la iglesia?

R. no.

N. ¿y en tu familia tú eres el único con problemas de salud?

R. No, tengo un hermano que tiene polio y vive en San Luis. Somos 8 y tengo dos hermanos más chicos que yo.

M. ¿y tus papás ya no viven?

R. no.

M. ¿te cuidaban?

R. no. Tengo espina bífida. Me ponían una joda por andar de vago. Hasta los vecinos llegaban y le decían (a mi papá) . El decía “es mi hijo y yo me lo puedo hasta comer cuando quiera”. Pero yo no estoy mal de la cabeza, ni nada. Un anesthesiólogo le dijo al doctor que si tenía una válvula en la cabeza y me hizo estudios y le dijo que no; que a mí me la quitaron, porque a algunos les crece la cabeza. Yo jugaba futbol, de todo.

Dra.¿Los pies torcidos los tuviste siempre?

R. no, cuando tenía diez años y por lo mismo, por la operación.

Dra. ¿a qué edad te operaron por primera vez?

R. a los veinte días de nacido.

F. ¿y qué hacen en la operación, Doctora?

Dra. Tratan, tratan de cerrar y luego lo operaron y hubo problemas del pie.

R. a los diez años porque me operaron por primera vez en enero de 1979.

Dra. ¿no te acuerdas de niño si los tenías bien?

R. No, me caí ya de grande a los 10, 11 años. Mi mamá se cayó embarazada. Iba a l mercado y a la vuelta estaba una cantina y se cayó y se golpeó.

G. ¿pero sí es por una caída o es genético?

Dra. Es genético.

M. pero tu decías que naciste con un tumor.

R. una bola en la espalda. Pero aquí sigo. La doctora hace 5 años me dijo que me iba a morir y aquí sigo. Un doctor que me dijo, ya se murió también.

L. ¿y fuiste a la escuela?

R. hasta sexto año. Me corrieron cuando tenía 16 años.

F. ¿por latoso?

R. por todo. Luego los maestros se pasaban de lanza. Me dieron una cachetada. El maestro, como tomaba, a todos los alumnos les pegaba. Aventaba los zapatos a los chamacos que estaban parados. Y yo trabajaba en un puesto.

L. ¿ya te jubilaste?

R. No. Voy a poner otro puesto en donde me dejen. Tenía uno en el centro, pero ya están quitando todos los policías. Ya los iban a quitar y no los quitan porque les dan una lana.

F. Sí, a mí me pasó que yo estaba en Moneda y de repente se oyó un chiflido y todos los comerciantes se desaparecieron. Y pasó la patrulla con uniformados y no se acababa de desaparecer, y se vuelven a poner los puestos ambulantes. Me parece que por eso tienen sus claves.

R. Hay radio para comunicarse.

F. pues ¿qué más nos dices, R? ¿cómo ves tu futuro?

R. el futuro quién sabe. Veo el presente. No sé qué va a pasar mañana.

F. ¿qué te gustaría que pasara?

R. Luego ni pasa nada y nomás espantan a la gente. (por el “fin del mundo” en 2012).

F. creo que no pasa nada dramático, pero sí un cambio de conciencia. No hay que perder la esperanza, más allá de los programas de los políticos..

R. ay, y ellos se quejan de que no tienen dinero...

Dra. Va uno al mercado y nos damos cuenta cómo aumentan los precios.

F. yo me conflictúo mucho cuando veo las estadísticas. Cuarenta millones en extrema pobreza y cuando veo las casas supuestamente muy proletarias y veo teles y coches.. sí pueden alimentar al coche.

R. yo veo hasta que no tienen para comer, pero tienen perro.

Comentario. En el relato de R aparece la Patología de la Corrupción, entendida como un estilo de vida que transgrede sistemáticamente las normas sociales y la ética socialmente aceptada, para obtener beneficios personales inmediatos.

En este sentido, la Corrupción se explica como resultado de las Pobrezas de Subsistencia (mala salud crónica, por la que ha estado sometido repetidos internamientos, los últimos 4 meses sometido a 3 operaciones y 5 lavados), Protección (niño no cuidado, golpeado por el padre y el maestro alcohólico) Afecto (descuido y maltrato), Entendimiento (su educación, sólo hasta primaria, limita su capacidad de razonamiento abstracto), Participación (interpreta de modo peculiar sus derechos y obligaciones), Creación (tiene métodos fuera de la norma para obtener beneficios), Identidad (roles y normas confusos, a veces negativos), Libertad (a veces asume su libertad sin asumir su responsabilidad).

Y en sus expresiones se percibe la desesperanza, (*“el futuro quién sabe. Veo el presente. No sé qué va a pasar mañana.. Luego ni pasa nada y nomás espantan a la gente. Yo veo hasta que no tienen para comer, pero tienen perro”*).

Igualmente, en este relato aparece la falta de adhesión al tratamiento, que tanto preocupa a las autoridades sanitarias: *“R. me mandaron una inyección de 179 y la otra de 210. Namás compré la primera. Me mandaron 10 y me puse 5. Dra. Eso es muy malo porque se hace resistente el agente de la*

infección. R. es que el otro doctor me dijo que no me ponga nada hasta que salgan los resultados.” O el paciente está mintiendo, o las dos opiniones médicas son usadas a conveniencia del enfermo.

También se hace referencia al problema de la iatrogenia en instituciones de salud: *“R. es que en un quirófano me iban a operar y el quirófano estaba infectado.”*

Por otro lado, encontramos discrepancias entre la interpretación de las causas de su estado físico, y las de la doctora: *“Dra. ¿Los pies torcidos los tuviste siempre? Dra. ¿no te acuerdas de niño si los tenías bien? R. No, me caí ya de grande a los 10, 11 años. Mi mamá se cayó embarazada. Iba a l mercado y a la vuelta estaba una cantina y se cayó y se golpeó. G. ¿pero sí es por una caída o es genético? Dra. Es genético.”*

En otro orden de ideas, R menciona una Patología social importante, que tiene que ver con el pseudosatisfactor del Adoctrinamiento, que dificulta el Entendimiento (la gente no razona), la Protección (genera inseguridad psicológica): *“F. ¿qué te gustaría que pasara? R. Luego ni pasa nada y nomás espantan a la gente. (por el “fin del mundo” en 2012). F. creo que no pasa nada dramático, pero sí un cambio de conciencia.”*

Finalmente, este caso cuestiona los Estereotipos del “pobre” o “minusválido” que requiere ser apoyado; y el Estereotipo del filántropo que apoya incondicionalmente. Para Max-Neef, la “Limosna” y los “Estereotipos” son considerados pseudosatisfactores porque, aparentando satisfacer las necesidades de Subsistencia y Entendimiento, respectivamente, inhiben otras necesidades. Es importante revisar el cómo apoyar a distintos grupos vulnerables, para generar satisfactores sinérgicos, que les permitan autonomía, autoestima y desarrollo de sus potencialidades individuales y colectivas.

En relación a la Trascendencia, la facilitadora explora los recursos internos del paciente, con el siguiente resultado: *“F. oye, R. y ¿cómo le haces para vivir con todo lo que te pasa? ¿cómo te animas a ti mismo? R. pues así.. yo la llevo solo. F. ¿de dónde agarras fuerza para salir adelante? R. la verdad, no sé. F. ¿a quién te encomiendas? R. a Dios. F. ¿rezas? R. en la noche. M. ¿vas a la iglesia? R. no.”* A pesar de su falta de conceptualización sobre el desarrollo de conciencia, R ha encontrado recursos para sobrevivir económica y emocionalmente y muestra una actitud activa, asertiva y por momentos, de reto frente a las limitaciones u obstáculos.

30.

L. yo pasé por ahí porque iba al Arzobispado. El programa del Arzobispado (conciertos) está padre.

F. Sí, yo fui a un concierto con canciones de 1900. Mi tía cantaba esas canciones. Estuvo muy bonito y yo iba al Arzobispado.

G. también en el museo de la vuelta, hay actividades muy buenas para los domingos.

F. y todo es entrada libre.

G. sí, y el programa está padre.

L. ¿en qué estación del metro ves ese programa? Porque en el mío, no hay.

G. ahí en el metro Zapata o en Internet.

M. porque A. me la encontré, que viene en jueves. Ella traía un catálogo del centro con todos los eventos. También hay un módulo de información en Bellas Artes.

G. sí, porque en “tiempo libre”, no siempre sale. Son programas muy buenos.

L. y no son tarde.

F. sí, a las 6 y veo a mucha gente joven.

G. porque este sábado fue terrible.

Comentario. Respecto al uso del tiempo libre, en este relato reconocemos el satisfactor sinérgico del Ocio, donde además de recreación hay cultivo de la estética, que en términos de Maslow serían los metavalores o valores-S (o valores del Ser, como la belleza, la armonía, etc). Y aquí se reconoce la labor de algunas instituciones que ofrecen programas culturales de forma gratuita.

31.

G. pero el asunto peor es la apropiación de los narcos. A la madre superiora de un convento en Michoacán ya las fueron a extorsionar. El convento es muy grande pero nada más vivían tres. A ellas las respetan pero el pueblo es de retenes de narcos, aunque los ven en misas. En el retén, si son las madres, pasan. Al restaurant llegan y les dice la del restaurant “¡váyanse ya antes de que lleguen los narcos!”. Les piden dinero hasta para que dejen cortar los aguacates.

Comentario. Debido a la actividad del crimen organizado Michoacán, igual que una gran parte del territorio nacional, sufre la Pobreza de la Subsistencia, (sobre todo en relación al Entorno social); de Protección, (cuidado, solidaridad, equilibrio, derechos, defensa,) Afecto (inseguridad, tolerancia, paz donde se afectan los espacios de encuentro), Entendimiento (donde la conciencia crítica se combate por temor), Participación (porque los derechos y responsabilidades ciudadanas se violentan), Ocio (algunas actividades recreativas se inhiben y la vida comunitaria se limita), Creación (la inventiva es combatida por el temor, las instituciones sociales dejan de promover espacios colectivos de expresión), Identidad (la asertividad disminuye frente a la amenaza), Libertad (la plasticidad espacio-temporal de la población se ve limitada por inseguridad; igual la capacidad de discrepar, optar, arriesgarse, asumirse, ejercer derechos, poca gente se rebela o expresa; incluso medios de comunicación han visto mermada su actividad).

Esta Patología disminuye la calidad de vida comunitaria y, específicamente, eleva los grados de estrés de la población y, en el mejor de los casos, genera procesos adaptativos muy lamentables, por la limitación de las potencialidades humanas. En algunos casos excepcionales, empuja iniciativas personales y/o grupales para trascender el miedo.

32.

F. aquí estuvo viniendo una monja y el martes me la encontré y me dice que tienen su casa allá por Ecatepec y hasta me invitó a irme con ella. Son contemplativas de 24 horas siempre en oración. Yo he oído del beneficio que genera la oración; por ello sigamos orando por la humanidad. Y le digo, no, hombre, no me van a recibir en ningún lado, y me dice una señora cuya hija es la directora de un convento por Tlalpan, sí, que sean viudas para que se adapten. Y si tú te adaptas, sí te reciben. “Ven a visitarnos”; le digo “no, me da miedo quedarme”. Me decía sor Francisca que me invitaba.

G. ¿por qué tenías miedo de no salir?

F. no sé cuál era mi miedo.

G. yo estuve un año de ser monja. Pero no me convenció. Jaja. (todos ríen).

L. ¿por los votos de obediencia, pobreza y castidad?

G. yo entré porque quería buscar orden en mi vida. A lo mejor no era mi tiempo. Tenía como 18 años. Mi compañera sí se quedó. Eramos quince y ella sí se quedó. Desde siempre el asunto de la disciplina me costaba. Yo le decía, “tú hazlo por mí y yo ahí te paso”. Era de las de la escuela Motolinía y ellos atienden cuestiones académicas. Mi amiga se quedó muy convencida porque era su única opción de estudiar. Yo les daba una lana y de ahí aprendí francés.

F. una compañera de la universidad iberoamericana y en un diplomado coincidimos. Ella era de una orden, directora de una prepa, venía de Morelia y sus papás no la podían mantener y a ella la recibieron de seis años y se quedó de monja pero yo siento que no era su vocación Yo he oído del beneficio que genera la oración; por ello sigamos orando por la humanidad.. Y sí ha de tener sus momentos gloriosos, pero yo pienso que en mi caso, no sé cómo sería.

G. nosotros vivíamos en una casa en Tlalpan. Ese fue mi proceso y me sirvió.

Comentario. Con respecto a la Trascendencia, a veces se confunde la religiosidad con la espiritualidad. Y este diálogo es interesante porque la vida religiosa en este caso, respecto a las monjas, plantea sus propios retos. Las Pobrezas que una monja puede vivir, van más allá de los votos de pobreza que profesa.

El estilo de vida en un convento puede provocar Patologías en distintas necesidades: en la Subsistencia, por deterioro de salud física y mental (debido a la represión en la expresión emocional), en Protección (por inadaptabilidad en los constantes cambios de residencia y actividades a las que se ven sometidas, por falta de solidaridad en su ambiente, por desequilibrios entre sus derechos y responsabilidades, etc), en Afecto (incapacidad o imposibilidad de expresar afectos, por recibir agresión, rechazo o indiferencia, por no contar con espacios de encuentro e intimidad emocional, por falta de manejo de impulsos sexuales) ; en el Entendimiento (por falta de educación, de disciplina mental, por ideología autoritaria o represiva); en Participación (por carencia de ámbitos de discusión, discrepancia, manejo de conflictos, por ignorancia de sus derechos y responsabilidades); en Ocio (falta de juego y actividades recreativas); en Creación

(estilos de vida que pueden limitar su desarrollo de habilidades creativas); en Identidad (en pseudoexperiencias de renuncia del yo, por autoestima baja, carencia de asertividad, por elección de vida forzada, no responsable o no congruente, por cambios en la jerarquía de necesidades en etapas de la vida); en Libertad (posibilidad de arriesgarse, cambiar, asumirse, desobedecer, meditar, optar).

La Trascendencia implica libertad. Cada agrupación religiosa tiene sus propias reglas y dinámica. Cada individuo es distinto.

Por otro lado, **F** rescata la Trascendencia en las actividades de la vida religiosa y contemplativa e invita a su práctica incluso en la vida seglar: *“Yo he oído del beneficio que genera la oración; por ello sigamos orando por la humanidad.”*

33.

G. ahora no sé si han oído hablar de la mezquita más grande del mundo en los Emiratos Arabes. Tienen luces que cambian con las horas del día y con la luna.

F. ahí es donde dices, “¡cuánta riqueza hay en el mundo!”.

Dra. Nada más hay que repartirla, porque está mal repartida. Bueno, yo me voy.

Comentario. A propósito de este diálogo, sólo enfatizamos la conciencia social del personal de salud. El problema no es la carencia o no de satisfactores materiales, sino sus modos de apropiación. Y esto genera diversas Patologías.

34.

Dra. La vida es a veces rara. Yo creo que hoy vino poca gente por el dos de octubre.

F. sí.

R. yo estaba cuando en el centro pusieron bardas. Van a ir a robar al centro los de las manifestaciones y por eso los comercios ya están cerrando.

F. esto de que incendiaron el Palacio Municipal en Chiapas y sacan las imágenes de la gente que se va robar todo. Entran y despojan..

R. ahí van a empezar a cerrar las tiendas ya como a las doce del día.

Dra. Pero la gente de todos modos va.

G. donde fue el martes fue una protesta en Congreso de la Unión, cerca del mercado Soto.

F. y lo peor es que no es gente campesina, son puros acarreados.

Dra. No, pues hay un señor que corre con el agua.

F. ¿no vió del señor que cayó en una coladera, se hundió y no lo volvieron a ver, se ahogó y a los cuatro o cinco días lo rescataron?

Dra. En la ciudad pasan cosas sorprendentes..

Comentario. Dentro de las percepciones del grupo, las Pobrezas de la ciudad, que disminuyen la calidad de vida de los habitantes, tienen que ver con manifestaciones donde algunos individuos roban o acuden “acarreados” para obtener algún beneficio distinto al de la libre expresión; y con accidentes provocados por negligencia de autoridades.

35.

X. ¡buenos días!. Me sentí fantástica con esa plática que oí. Como que se me abrió el cielo. ¡Cómo no pregunté dónde puedo tener información escrita!

F. Te voy a traer un tríptico con más información.

ML. Ella (la persona que dio la plática) dio un tríptico.

X. Yo estaba juntito a ella porque como no veo bien..

ML. ¡ah, no! Estoy mintiendo, porque como dieron plática de diálisis peritoneal, porque fueron las enfermeras.

F. Yo te lo traigo. Tu nombre es..

X. X y me quedé impresionada porque todo eso ya lo tengo. Los doctores te sacan así, rápido (de la consulta). Te dicen que no tienes nada. “Oiga, doctor, pero los análisis”... Vengo de Baja California. Allá ya me desahuciaron por completo. Me dijo el doctor “ya te están cobrando la factura”. Desde que me dijo que era diabetes no sentí el miedo a la precaución. (sic). Como no me sentía mal... Con los análisis de sangre me decían que 150, que 200. (de glucosa en la sangre).

F. la llaman diabetes benigna, porque no duele pero también la llaman “la traicionera” porque te va dañando.

X. Pues así lo siento. ¡Qué lástima que aunque uno está en constante contacto con el doctor.!. porque yo tenía una amiga que era química. Y me decía, “como que estás tirando muchas proteínas” y el doctor no me decía nada.

F. Pero si no es especialista... el nefrólogo, el de medicina interna tenía que haber investigado o mandarte con un especialista.

X. en 1999 me dio un coma (diabético) de muerte. Me dijeron que era un milagro que estuviera viva.

F. ¿se te subió o bajó el azúcar?

X. se me subió. Te deshidratas y vomitas. Estuve un mes en el hospital y la endocrinóloga me dijo “regrésate”. Y el especialista te pone verde por desobediente. “Oiga, doctor pero..” -“no, no, es que tú eres así”. Y así me mantuvieron años y años y la endocrinóloga...

F. es que lo que falta es dar conocimiento para que sepas cómo cuidarte y que no se convierta en daño.

ML. pláticas profesionales.

S. se hace hincapié en que hagas ejercicio y no tengas sobrepeso.

X. yo le dije a mi marido “de la que te perdiste”. Me hacen endoscopia y mi marido me acompañó pero me dijo “ahora ve tú”. Ya tengo nueve años de viuda y esta persona la tengo (una nueva pareja) desde hace dos años y fíjese que mi marido era sano. La enferma era yo pero mi marido un día se quejó de dolor de estómago y se quejó quince días. Fue al doctor a Medicina General, le hicieron análisis y el internista le descubrió algo, le mando una tomografía y le dan cita dentro de un mes. En tres meses se murió. Tenía cáncer en el páncreas y la enferma era yo.

L. cuando ya es notorio, con esos síntomas se van rapidísimo.

C. ¿no se puso amarillo?

X. no, no tenía síntomas. Estaba normal. Y el especialista, el oncólogo.. yo me quedé en la tiendita y le dijo que no tenía síntomas de cáncer. El murió así de rápido, como que había adelgazado es que a él le gustaba tomar, pero decía que era borracho de buró. Su vino sí, era del diario.

L. ¿tinto?

X. no, brandy. Se echaba más del cuarto de litro diario y fumaba. No estaba tan viejo, de 55 años. Los más sanos se van y la enferma era yo.

D. es que una cosa es el enfermo crónico y otra los agudos. ¡qué bien que se consiguió otro! (hombre).

X. Sí. Yo estudiaba inglés, computación. Y cumplió quince años una amiguita de mi hija y ahí nos conocimos (la nueva pareja y ella). El venía de México. Mi hija trabajaba en Aguaprieta y yo andaba bien contenta por muchos lugares. Y ahí ando con mi viejito. Yo estaba en Tecate.

N. ¿por dónde está Tecate?

X. Tecate es entre México y Tijuana, pasan la Rumorosa y te sigues por Tijuana.

F. ¿cuánto hace que te viniste?

X. andaba yendo y viniendo. Como que iba y venía para no perder mi servicio de medicina y el doctor me dijo “¿por qué no te cambias para México?”. Y le dije, “lo voy a pensar”. Llevo tres meses. Allá mi hija la más chica es treintañera.

S. pero tienes casa para ir de vacaciones.

F. y una vida muy variada.

X. sí, yo dondequiera me siento bien. Mi mamá me mandaba a cuidar escuincles porque mi hermana es más grande y nosotros íbamos a verla cada vez que se aliviaba. Así conocí Tecate. Me fui a trabajar allá y me regresé y me casé aquí. Mi esposo era de la ESIA, ingeniería y trabajaba en una dependencia del gobierno. Andaba en muchos lugares. Luego vivimos 6 años en Oaxaca y luego

a Tecate. Mi marido murió hace 10 años, en el 2003. Como que él se enfermaba sólo de gripa y yo sí, me hospitalizaba porque se me descompensaba el azúcar.

N. ya es como el cliente obligado.

X, así me la pasé y él acá, muy sano y quién iba a decir, ni se imaginaba.

F. sí, así pasa. Yo conocí a Lety, la conocí bien a ella y a su esposo, Don Pepe, de por Ecatepec. Ella recibió una descarga eléctrica y no tenía fuerza en sus manos. Y don Pepe decía “no tiene nada”. Yo le decía “ella está bien cuidada, pero tiene diabetes.” Lety vino mucho tiempo al grupo y dejó de venir porque ya le da mucho trabajo moverse. Un día don Pepe estaba sintiéndose mal y le dio leucemia. Dos de sus hermanos ya se habían muerto de leucemia. Vino y dijo, “necesito aliento”. Ya le habían diagnosticado leucemia. Y Lety enferma, enferma y ahí anda. Ella se cayó y se fracturó un brazo. Y uno de sus hijos se la llevó a Otumba y le platicó a una vecina de sus ejercicios de relajación. Al rato tenía un grupo de 20 vecinas que iban todos los días para que les enseñaran a relajarse. Me hablaba por teléfono y decía “ahora ¿qué les digo? Ya tuve 13 personas, ya tuve 17 personas.” Y todos los días les daba sus ejercicios y por eso el marido no le creía que estaba enferma.

X. así mi marido. Desde muy recientemente que fue diabética, me dieron insulina. No te la van a estar dando nomás así. En el 99 tuve mi coma y bajé 15 kilos en un mes. Me quedó la neuropatía y eran dolores espantosos. No me podía ni subir a la cama, haz de cuenta un diente cuando te está entrando el aire, así. Así me dijo la endocrinóloga, “te duele porque haz de cuenta que se te están pelando los nervios”. Había veces que se me retiraba y me regresaba con el enfriamiento. Te empezaban a doler los brazos. Y llegué a estar en tratamiento un mes con un catéter.

L. ¿y cómo se te quitó eso?

X. se quita y como que viene por temporadas.

F. en Rehabilitación Física. Varios de nuestros pacientes han estado ahí, Te digo que Alvaro llegó arrastrando los pies con unas pantuflitas de franela y lo mandaron a Rehabilitación. Tenía como 50 o 60 años y perdió su trabajo. Cuando regresó aquí, venía de traje, con zapatos duros y recuperó su trabajo. Les dan baños de cera y los meten en agua caliente, como parte del tratamiento.

X. Yo sé que pasé ese túnel de puro dolor. Iba con otra doctora que me mandaba y me dijo: “no necesitas decirme, nomás con ver el color de tu piel sé que tienes mucho dolor”.

F. aquí hay una Clínica de Dolor.

X. me empezó a doler el codo y hasta las uñas me dolió. Fui con el Dr. Simi y me mandó diclofenaco y todo lo que estaba oyendo aquí, me pasó. Ya me apareció anemia. Pero una doctora de Medicina General me dijo que no me ponga hielo.

F. ¿con quién te estás atendiendo aquí?

X. con el doctor V.

F. pide una interconsulta para endocrinología. El ya sabe de todos tus antecedentes, te hizo tu historia clínica.

X. apenas lo he visto dos veces porque tengo gastritis, una piedra y me mandó con el gastro. Le dije que tengo mucho asco y vomito a veces pura espuma pero me dijo “conmigo ni venga”. Bueno, ya me mandó con un endocrinólogo pero tengo cita hasta el 20 de diciembre.

N. ¿y con la Doctora G no habló? (ella les dio una plática)

X. es que la ví ocupada con otras personas.

C. Es que en tu caso no sólo necesitas endocrinólogo sino nefrólogo.

X. cuando estoy en el solazo hasta sudo. Me dio hipotiroidismo y neuropatía, me quedó de por vida después del coma. Tengo problemas de retinopatía porque se me vino un coágulo y ya no veía. Pero nomás me pusieron un parche y láser dos veces. Luego se me disipó un poco el coágulo y no me podía acostar, me decían “tienes que dormir sentada, porque tu problema es como el agua de tamarindo”. Ahora tengo líquido en este ojo.

F. a mí me gustaría que te afiliaras aquí a todas las especialidades. En el departamento de Oftalmología está el Dr. H. y la Dra G. es nefróloga. Y la Dra. Vargas, endocrinóloga es muy buena y viene el jueves y si no, con la Dra. Villalobos para que veas al nefrólogo. Es que tienes para darle trabajo a todos los médicos.

X. es que el doctor me dijo “usted está pagando su factura”.

F. bueno, es un modo de hablar.

ML. no deje de venir el jueves.

X. sí, ya le dije a mi marido, “tengo que ir el jueves”-

F. hoy es una plática exclusiva para usted.

ML. está bien que venga, este programa termina el cierre del último periodo del año pero todavía vamos a estar dos semanas de diciembre.

X. sabe, que el problema es que mi hija va a parir a principios de año. Tengo tres hijas y un hijo y ella es la única que tiene hijos, éste es el quinto que se le escapó. Según ella, se iba a operar después del cuarto. Los que pagan el pato son los que le ayudamos. Pero ni modo que no la ayude. Ella vive del otro lado. Pero hay que cuidar a los otros niños y a ella porque se va a operar. Así que hay mucha chamba.

F. pero ésta es una oportunidad de ir a pasar un buen rato con tu hija y nietos y que ello sea una motivación y para llevar un buen ánimo.

G. es como la aventura de dos amigos que se van a trepar una montaña. Es un caso real, a su amigo se le cae una roca, se le necropsan los pies y le cortan las piernas. Pero se puso a entrenar y ahora sube el Kilimanjaro y sin prótesis en las rodillas. ¡asombroso!.

F. sí, no aspiramos a tanto, pero sí a gozar y ayudar a tu hija. Es la medicina que no te receta el médico, la satisfacción de ayudar y cambiar de ambiente.

N. sí, yo tuve dos comas. Las enfermeras dijeron que ya la hice. Y a usted, no cabe duda que Diosito todavía no se la quiere llevar.

S. viéndola, no se imagina uno que es..

X. en la endoscopia me dicen que tengo una hernia iatal, colitis y gastritis, una piedra en la vesícula..

F. luego de muchos años de diabética, el desgaste del cuerpo y los órganos hace necesario que los doctores revisen si es consecuencia del mismo mal, lo que tienes es un cuadro avanzado

Dra. ¿y usted? (se refiere a X.)

X. sí tengo cita con la endocrinóloga.

Dra. Con ese estudio nosotros vemos en dónde está fallando algo: el corazón, los ojos..Y el control en diabetes es alimento, ejercicio, medicamento (ya sea pastillas o insulina), tranquilidad y por lo tanto, hay que hacer..

Dra. Yo quería recalcar que además del protocolo burocrático que había minimizado de lo que le pasa, hasta que F. le preguntó. Estando bien usted, con todo lo que se avecina, podrá ayudar mejor. Aquí le dicen más información. Aquí se aprende mucho y no creo que haya sido una fortuita coincidencia. A lo mejor vino por algo más.

X. yo me siento culpable porque me vengo con 600, 550 (de glucosa). En la mañana tenía 80.

Dra. 80 está bien.

X. es que por eso me mandaron acá. Me dicen, “tú no puedes andar así”. Estoy muy perdida. Muy desorientada porque ya tengo 17 años (de diabética).

F. me impactó que el doctor te dijo, “insulina si quieres” y no es que tú puedas decidirlo. Lo malo es que ya te vas..

X. pero nada más mientras ella se recupera. (su hija que va a parir).

F. “primero soy yo”. Imagínate con estos altibajos y te da un coma..

X. a mi hermana le dijeron que tengo acidosis y a mi hermana le dijeron que tenía 1400 (de glucosa).

F. por eso ahora con 600 se siente bien.

Dra. Le voy a hacer una pregunta. ¿Usted habla lento?

X. me lavaba el cabello y como que los brazos me pesaban y me preguntaban,” oye, ¿tomaste? Porque como que la voz la arrastras.” Tendía ropa y me dolían los brazos. Me dolían las venas y yo quería que me sacaran toda la sangre. Me llevaron con una señora que limpiaba con gallina negra, me envolvían con una sábana. Me oigo gangosa. Tuve que usar calcetas.

Dra. ¿estriñida?

X. sí.

Dra. La cara hinchada..

X. sí.

Dra. ¿problemas con su pelo?

X. sí.

Dra. ¿cansada?

X. sí.

Dra. ¿le han revisado su tiroides?

X. tengo hipertiroidismo después del coma.

Dra. ¿toma algo?

X. levotiroxina. Dos pastillas de 100. Me lo dan en el Seguro Popular.

Dra. ¿cómo se la toma?

X. cada 24 horas, pero por mala suerte agarré mi horario de noche y una día que estaba hospitalizada le dije, "cada 24 horas dos pastillas". Pero tengo una nietecita de tres años que padece de la tiroides y se la dan antes de comer.

Dra. Se toman en ayuno al levantarse con agua, no jugo. Y a la media hora ya puede desayunar. Eso se lo tuvo que decir el médico. Usted toma dosis alta. Habitualmente con 50 o 100, se controla. Pero se le nota lo abotagada. Y muchas veces el doctor dice "usted está mal del riñón". Si está deshidratada, cerca de la axila.. hay datos, posiblemente el corazón está latiendo despacito.

X. me falta el aire.

Dra. Pues sí porque si la hormona tiroidea está baja, el pulmón, corazón, riñón, la mente trabaja lento. Se vuelve olvidadiza. Cuenta del 1 al 10 rápido.

X. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

Dra. Al revés.

X. 10, 9, 8, 7,,6, ,5,, 4.. 3.. 2,,1.

Dra. Lo hace más lento. No es mucho. Entonces debe estar descansando de su hipertiroidismo.

X. ya tengo muchos años.

Dra. Mujercita, es que eso se controla. El corazón tiene que estar haciendo mucho esfuerzo. Lo bueno es que está tomando 200..

X. ¿eso es mucho?

Dra. Pero su organismo está haciendo muchos esfuerzos y luego a eso le agrega la diabetes.

X. siento que ya no soy yo.

Dra. El consuelo es que ya la van a tratar.

X. ya pagué por la esa glucosilada. Mi cita es el 20. Los análisis son el 17. Quiero ir con la doctora. Si ya estoy en crisis. Ando en la calle porque digo “¿cómo me va a vencer la enfermedad?”. Veo muy poco. Me camino como chenchu. Ando en el metro y subo cuatro escalones y me paro a respirar y me duelen las piernas.

Dra. Mire, suba al cubículo 32 y vea al Dr. C. Es el coordinador de Endocrinología. Dígale que ya tiene trámites y estudios para el 20, que la Dra. V. le manda pedir un favor muy grande y que si puede adelantar la cita, porque su estado general no es bueno. Yo la internaría 3 o 4 días para controlarle la insulina. La tiroides se lleva más.

X. yo tenía una llaguita en mi dedo. Gracias a Dios se me cerró. Eso se me quitó un poquito lo hinchado después de año y medio. Como dice usted y ando caminando porque Dios me da la fuerza.

Dra. Seguro hasta calor tiene.

X. el año pasado se me vino un coágulo que me hizo ya casi no ver. Pero ya me pusieron dos veces láser porque tengo neuropatía.

Dra. El láser pega en la retina porque si sigue sangrando llega al estado donde vemos y si queda ciega y ya no hay nada que hacer, hay que valorarla. Mire yo creo que voy a tener que subir con usted.

X. el doctor me dijo “no tienes nada”. Y mi marido me dijo “a lo mejor te dieron que no tienes nada porque tienes todo”. Ya me dijeron que soy candidata a diálisis.

F. pero qué bueno que llegas a este lugar con esta doctora. Es un médico preocupada por ti.

N. o lo llevan con gente falsa que te curan con el gallo negro.

X. la endoscopia la traigo aquí, si la quiere ver. Yo no lo invento, ahí viene.

Dra. Váyase al fondo. Va a encontrar dos escaleras. Llegue al 32. Yo ahorita voy con usted.

Dra. ¿ya tiene carnet? En el carnet se le pone “diabetes mellitus”. Y pasa a medicina general y de ahí hay un pase para el endocrinólogo.

X. no me dan los resultados. ¿cómo los interpreto?...

Comentario. El caso de X ilustra, desgraciadamente, el elevado número de pacientes donde coinciden la no adhesión al tratamiento, (por ignorancia e inconsciencia) y la errática intervención médica (por negligencia y falta de conocimiento).

Recordando el método dialéctico, como Tesis tenemos: El estado físico de X que se caracteriza por 17 años de diabetes mellitus con cifras de glucosa elevadas, complicaciones como nefropatía (riñones dañados), neuropatía (sistema nervioso afectado, que provoca dolor), retinopatía (problemas de la vista donde la retina afectada puede generar ceguera), vísceras en mal estado (colitis, gastritis, hernia iatal, además de una piedra en la vesícula) y combinada con problemas en la tiroides (hipertiroidismo). Ya tiene anemia. Este cuadro obliga al corazón a trabajar con mayor esfuerzo y genera fatiga general y problemas para respirar.

La evolución natural de la enfermedad mal cuidada trata de ser remediada primero, con visitas al médico donde, según la paciente, su padecimiento es minimizado o no atendido. Después, a través de la curandera que usa un gallo negro y la envuelve en una sábana. A juzgar por el estado físico de la paciente, los resultados con la curandera no fueron buenos.

Es importante resaltar su percepción con respecto a la respuesta médica: *“Los doctores te sacan así, rápido (de la consulta). Te dicen que no tienes nada. “Oiga, doctor, pero los análisis”... Vengo de Baja California. Allá ya me desahuciaron por completo. Me dijo el doctor “ya te están cobrando la factura”. . ¡Qué lástima que aunque uno está en constante contacto con el doctor!. porque yo tenía una amiga que era química. Y me decía, “como que estás tirando muchas proteínas” y el doctor no me decía nada. . Estuve un mes en el hospital y la endocrinóloga me dijo “regrésate”. Y el especialista te pone verde por desobediente. “Oiga, doctor pero..” -“no, no, es que tú eres así”. Y así me mantuvieron años y años y la endocrinóloga... . Le dije que tengo mucho asco y vomito a veces pura espuma pero me dijo “conmigo ni venga”. Bueno, ya me mandó con un endocrinólogo pero tengo cita hasta el 20 de diciembre. . es que el doctor me dijo “usted está pagando su factura”. N. ¿y con la Doctora G no habló? (ella les dio una plática) X. es que la ví ocupada con otras personas. . el doctor me dijo “no tienes nada”. Y mi marido me dijo “a lo mejor te dieron que no tienes nada porque tienes todo”. Ya me dijeron que soy candidata a diálisis. En esta percepción, pareciera que la paciente misma minimiza su padecimiento y/o no se ha cuidado suficientemente.*

Como Antítesis, tenemos que la intervención del grupo (facilitadora, pacientes, doctora) confronta su postura y la invita a explorar su práctica: *“ F. la llaman diabetes benigna, porque no duele pero también la llaman “la traicionera” porque te va dañando. F. es que lo que falta es dar conocimiento para que sepas cómo cuidarte y que no se convierta en daño.ML. pláticas profesionales.S. se hace hincapié en que hagas ejercicio y no tengas sobrepeso..... F. en Rehabilitación Física. Varios de nuestros pacientes han estado ahí, Te digo que Alvaro llegó arrastrando los pies con unas pantuflitas de franela y lo mandaron a Rehabilitación. Tenía como 50 o 60 años y perdió su trabajo. Cuando regresó aquí, venía de traje, con zapatos duros y recuperó su trabajo.”*

Además de las preguntas de la doctora, la sugerencia de que vaya a buscar al médico y el acompañarla físicamente a pedir atención médica urgente, son actos que pueden elevar su autoestima, compromiso consigo misma y modificar la percepción que tiene del sistema de atención en salud.

La síntesis puede ser más de lo mismo (no responsabilizarse por su salud, tiene prioridades como ir a cuidar a sus nietos mientras su hija pare, etc) o tener autocuidado, adhesión al tratamiento y buscar apoyo.

Desgraciadamente muchos pacientes morirán en condiciones que pudieron ser menos dolorosas, complicadas y costosas, por su propia inconsciencia.

En otro sentido, resulta paradójico que en algunas familias, el enfermo crónico sobrevive a otros miembros de la familia que, aparentemente sanos, son diagnosticados con enfermedades terminales a corto plazo.

Otro dato que aparece aquí es una adicción que provoca muchas muertes en México: el alcoholismo.

Estas patologías son multifactoriales y es necesario seguir diseñando estrategias cada vez más efectivas, para resolver y prevenir el elevado costo social.

36.

T. ¿aquí es la plática?

F. sí, de diabetes.

T. la estaba esperando..

F. ¿hace cuánto tiene diabetes?

T. hace seis años. Me controlaba con pastillas pero me quieren dar insulina porque no me está sirviendo..

ML. ¿cuál es su cifra de glucosa?

T. 286, la última.

F. sí es alta. ¿Y cómo va el tratamiento médico y lo demás?

T. estoy con dieta, nopal y pura verdura.

F. ¿y cómo se siente?

T. más o menos.

F. cuando las cifras de glucosa están altas, la vista se ve borrosa. Algunas personas van al oculista, les dan lentes y cuando las cifras empiezan a bajar, los lentes ya no les sirven. Su dieta debe ser suficiente y adecuada. Debe comer de todo pero en cantidades adecuadas y evitar el azúcar, por ejemplo, sandía, zanahoria, betabel, tienen mucho azúcar. La papa tiene muchos carbohidratos. Tortilla y pan, lo menos posible. Hay que comer verduras de hoja verde y en raciones adecuadas. Los nutriólogos dicen que debe haber cinco momentos de comida para que el cuerpo no esté sin alimento tantas horas. No aumentar la cantidad, pero sí repartirla. ¿Cada cuándo se controla?

T. cada ocho días.

F. ¿tiene glucómetro?

T. sí.

F. llegó la Dra. Villalobos. Dra, buenos días, ¡qué guapa viene hoy, qué bonito color!

Dra. Ya no siga (ja,ja)

F. tenemos casos muy interesantes hoy..

Dra. Vamos a ver..

F. X dijo que vino el jueves y oyó a la Dra. G. y dice que tiene todo lo que ella describió y T. tiene más de 200 de glucosa y no se siente bien.

T. tengo 284 (de glucosa) en más de doce horas de ayuno.

F. dice que está con puro nopal.

Dra. No se vale, porque si no come bien, el organismo va a provocar un estado de ácido. A veces hay pacientes que nos quieren hacer trampa y no comen en todo el día. Se les pide análisis de orina y nos da positivo y dice que el órgano se está degenerando. Con la hemoglobina glucosilada tenemos una muestra más confiable. Sí está descontrolada pero vamos a ver por qué está descontrolada. Yo pondría en primer lugar el no aceptar o el no conocer su problema y es usted una persona joven.

F. pues sí, nosotros ya la vemos muy joven.

M. yo tengo 20 (años)

S. yo 40, (ja,ja,ja).

F. y además alertar a su hija.

T. yo me la traigo porque está embarazada y tiene 17 años y va al Seguro Popular.

F. ¡qué bueno que viene porque se tiene que cuidar para no desarrollar diabetes gestacional!

Dra. Aquí en teoría no la reciben porque tiene que tener 18 años.

T. los cumple en febrero.

Dra. Saca tu carnet para que te den cita y en endocrinología te van a hacer las primeras pruebas, para estar seguras que no tienes diabetes. En algunas aparece diabetes durante el embarazo y luego desaparece. En otras aparece después de cinco años. ¿tú no tienes diabetes? ¿te has checado?

Hija de T. no. ¿cómo que es necesario dentro del mismo embarazo?

Dra. Sí. No para que te vayas a preocupar. Es preventivo porque tienes una persona muy cercana a ti, que ya tiene 6 años. Entonces yo pondría como factor en primer lugar, la no aceptación. Es para que lo reflexionen. Cuando le dijeron que tenía “diabetes”, ¿cuál fue su primera reacción?

T. miedo, “me voy a morir” porque mis amigas se murieron por diabetes.

Dra. Y luego, ¿cómo se sintió?

T. traté de...

F. En lo que estaba, ¿cómo está llevando el tratamiento?. Una parte es el medicamento, pero todos son super importantes. Ahí podemos hablar del ejercicio, de cómo es la actitud emocional ante la enfermedad y ante mí misma; cómo me trato, cómo manejo ante mis emociones porque de ahí se deriva qué hago conmigo.

T. pues me sentí bien y lo dejé como seis meses.

Dra. Y ¿cuál fue el resultado?

T. se me subió el azúcar y ahora no me la puedo bajar.

Dra. Pero el médico le tuvo que haber dicho que la diabetes no se cura; se controla. Se sintió bien, de principio le dio miedo, luego se sintió bien..

T. sí, tenía 120, 126.

Dra. Estaba en los límites por arriba de descontrol. También tenemos que se dejó seis meses y luego vino el embarazo de la niña.

T. es que estoy divorciándome. Es que a la niña le dieron bullying y se me vinieron los problemas. Yo maquilo. El se quedó sin trabajo y la casa está a nombre de él. Estamos batallando.

F. una cosa es el divorcio y otra la disolución de la sociedad civil. Y esta puede tardar años.

T. Pues sí, me dijo "ora busca qué mitad me va a tocar. Yo no tengo por qué complicarme la vida ". Yo le dije "o te sales tú o me salgo yo".

F. podemos asociar su ambiente social con su descompensación.

Dra. Y además la dieta, la forma de alimentarse no es adecuada. Está pasada de peso.

T. bajé 11 kilos.

Dra. Pero por estrés.

F. ¡imagínese el ambiente en el que está.!

Dra. ¿es la única niña que tiene?

T. No. Tengo tres. Yo creo que por eso empecé (con la diabetes). Su hermana tenía problemas de corazón. La llevé al hospital y me dijeron que ya no podían hacer nada. Murió a los tres meses. Esta otra hace 8 meses que intentó suicidarse porque se sentía sola y la metí al Hospital Psiquiátrico Infantil y ella está conmigo siempre y ella no quiere al papá de su hijo. Dijo "es mi bebé y yo soy madre soltera". Dice que va a trabajar cuando termine la prepa y sabe algo de contabilidad y dice que va a trabajar. Pero le digo que no es el chiste. Mi hijo vive en el otro lado y me manda dinero. Ella es la más chica y no sabe de bebés. Nunca ha tenido bebés cerca, ni sobrinos. Y tengo que andar con ella todo el tiempo. Le dije al doctor "no me está haciendo la metformina" y me dijo "pues es lo que se da". Y le dije "me tiene que checar cada mes". Me dijo "no, por que...

Dra. A ver, ¿por qué llegó aquí?

T. porque traje a mi niña al Seguro Popular y vi de estas pláticas..

Dra. ¿dónde vive?

T. por la doctores.

Dra. ¿se viene caminando?

T. no, caminando no, porque estoy lejos.

Dra. Le recomiendo que saque su carnet y aquí la atendemos. Desgraciadamente el carnet es necesario. Voy a tratar de conseguir interconsulta. Con el carnet la llevan al médico general, quien le va a hacer su historia clínica y la mandan a endocrinología. Le van a hacer la revisión de sus ojos, de la cabeza a los pies. La van a mandar a hacer su dieta de acuerdo a su trabajo y a sus preferencias. Le van a hacer una prueba para ver cómo está su hígado, estómago, corazón y le van a ver cómo está su sangre. ¿ya se hizo su mastografía?

T. no.

Dra. Está la campaña. Va al pabellón de Oncología y no le cobran nada. ¿Se ha hecho su Papanicolau?

T. sí.

Dra. ¿en la familia no hay cáncer de mama?

T. no.

Dra. Aun así el cáncer de mama está progresando. Todo eso le tienen que hacer aquí. Porque la diabetes ataca los nervios, corazón, vejiga. Fíjese todo lo que se tiene que hacer.

F. ustedes no dejen de venir, T. Les conviene a las dos. Vamos a estar de vacaciones, pero me gustaría que vengan. Aunque no saques lo del Seguro Popular. Vengan y vénte con tu mami.

Comentario. Con seis años de diabética, T podría tener calidad de vida si se adhiriera al tratamiento: con adecuada nutrición, ejercicio, medicamento, automonitoreo y manejo emocional y del estrés.

Pero además de la evolución natural de la enfermedad crónica, (que no se cura, sólo se controla), la historia y problemática actual de T la tiene muy estresada. T expresa: *“ es que estoy divorciándome. Es que a la niña le dieron bullying y se me vinieron los problemas. Yo maquilo. El se quedó sin trabajo y la casa está a nombre de él. Estamos batallando. Yo creo que por eso empecé (con la diabetes). Su hermana tenía problemas de corazón. La llevé al hospital y me dijeron que ya no podían hacer nada. Murió a los tres meses. Esta otra hace 8 meses que intentó suicidarse porque se sentía sola y la metí al Hospital Psiquiátrico Infantil y ella está conmigo siempre y ella no quiere al papá de su hijo. Dijo “es mi bebé y yo soy madre soltera”. Dice que va a trabajar cuando termine la prepa y sabe algo de contabilidad y dice que va a trabajar. Pero le digo que no es el chiste. Mi hijo vive en el otro lado y me manda dinero. Ella es la más chica y no sabe de bebés. Nunca ha tenido bebés cerca, ni sobrinos. Y tengo que andar con ella todo el tiempo. Le dije al doctor “no me está haciendo la metformina” y me dijo “pues es lo que se da”. Y le dije “me tiene que checar cada mes”. Me dijo “no, por que...” “*

Para un médico es relativamente fácil observar sus cifras de glucosa y decidir que requiere insulina.

Lo difícil es darle un tiempo y espacio al paciente para expresarse, decidir adherirse al tratamiento y sentirse contenido. Igualmente complicado es darle información, explicarle opciones de tratamiento, decidir estrategias de común acuerdo y motivarlo a buscar más calidad de vida.

Educarlo para la salud no está en sus posibilidades, no sólo por sus elevadas cargas de trabajo, sino porque el médico, a su vez, no está capacitado para la promoción de salud y su falta de habilidades de comunicación y pedagógicas son obstáculos importantes para la adhesión al tratamiento.

Las acciones preventivas y la contención de los pacientes en general, exceden las capacidades del médico de instituciones como el Hospital General. No obstante, es notorio el compromiso ético de la doctora, que se esfuerza en movilizar la voluntad del paciente, para buscar ser atendido del mejor modo posible.

La facilitadora está conteniendo el proceso todo el tiempo, como un puente entre el paciente y el personal de salud; así como entre los pacientes y los familiares, y entre los mismos pacientes.

37.

F. ¿cómo te sientes? (le habla a una asistente).

D. bien.

F. ¿qué haces los fines de semana?

D. descansar.

F. ¿te encierras?

D. el domingo me fui a la Feria de la Torta en Venustiano Carranza (la delegación política del D.F.). Había tortas argentinas y de otros países.

F. ¿es sólo comer?

D. sí.

ML: ya es la novena. Y te invitaban a comer la torta más grande del mundo.

F. antes sólo había de Jamón y frijol, ahora hay de todo.

ML. deveras. Ahí sobre calzada de Guadalupe hay una de tortas, deveras, deveras. Te ponen lo que la mano de un hombre alcance de mucha carne. Con una torta comen 3. Así (señala un grosor con sus dedos abiertos) de pierna, así de jamón.

F. yo creo que ni en mis buenos tiempos de comelona me hubiera acabado una.

ML. sí, así era. Y también venden de milanesa con papa.

J. ¡ah! Yo conozco una por la ciudadela, así de grandes; era una cosa exagerada, entre 3 o 4 nos dividíamos el platillo.

ML. las de la Villa son famosas, a los extranjeros los mandaban allá.

J. cuando yo iba a la escuela, eran teleritas así (señala un espacio angosto con sus dedos). Les ponían una embarradita de frijol, una rebanada de jamón casi transparente, con su chilito y jitomate con cebollita.

Comentario. La comida y el tiempo de comer son satisfactores sinérgicos. No sólo nutren (cuando tienen calidad) al cuerpo, sino que generan placer y momentos muy significativos de convivencia. De ahí que la actividad dominguera involucre, de modo relevante, la comida como eje de satisfacción.

En términos de Max-Neef, la comida se relaciona con las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.

Incluso es, a partir de la comida, que algunos rituales religiosos y espirituales realizan actividades de Trascendencia, Liberación y Transmutación.

Por lo mismo, un hábito inadecuado en el consumo de productos alimenticios (grasas, mucha harina, productos refinados, refrescos, etc) se convierten en satisfactores violadores o destructivos y generan patologías individuales y colectivas.

Es muy difícil lograr cambios permanentes en hábitos culturales tan arraigados en una sociedad, como el modo y los productos de consumo, especialmente cuando la publicidad impulsa patrones de consumo insano.

38.

F. ¿Cómo te sientes hoy?

D. bien. Mi mamá tiene un trastorno parecido a depresión.

F. ¿y la atienden médicamente?

D. Sí. Como trabajo en el seguro..

F. ¡hola, S! Así que ahí se atiende.

D. y aparte tiene diabetes. Era gordita y ahora está un poquito más delgada que yo.

F. ¡qué bueno que estás aquí para que puedas ayudarla, y también tus hermanos..!

D. no, no nos llevamos bien.

F. ¿no se comunican?

D. no.

F. ¡ah sí! A veces te dicen, “ay, ya vas a empezar con tus cosas”!

Comentario. Este fragmento ejemplifica primero, las multienfermedades que pueden combinarse en los pacientes diabéticos, no a consecuencia de este padecimiento, sino en varias líneas de evolución.

Y por otro lado, la función integradora del grupo de apoyo, que no sólo trabaja con pacientes, sino con familiares.

Esto hace posible que al menos un miembro de la familia, refuerce una visión alternativa en la experiencia de la diabetes y su tratamiento. Incluso cuando el propio paciente no asiste al grupo, ni tiene información sobre su enfermedad.

La pobreza en Entendimiento, Afecto, Protección, Identidad, Libertad, Trascendencia, no es exclusiva del paciente, sino que afecta a su núcleo familiar y en muchos casos, intensifica la Patología de la familia.

El grupo de apoyo ayuda a clarificar los distintos roles, puesto que el participante escucha las perspectivas tanto de los pacientes, como de los familiares e incluso del propio personal de salud, ayudándolo a trascender su visión limitada de realidad.

39.

F. ¿y tú cómo estás, S?

S. bien, gracias a Dios. Ayer vine a consulta y ya bajé 5 kilos.

F. ¿te estás sintiendo bien?

S. sí, me quitaron grasas, ya nomás me faltan dos.

F. ¡qué bien! ¿te cuesta trabajo?

S. sí, porque mi esposo es de los taquitos.

F. sí, cambiar hábitos no es fácil; es una lucha.

ML. sí, a mi esposo le encanta el suadero y se comía muchos taquitos y yo lo acompañaba, pero yo comía con una cuchara chiquita.

F. sí, hay gente que se enoja mucho cuando le piden un cambio de dieta.

D. a mi mamá cuando tenía diabetes, no lo creía y decía “está loca la doctora.” No le gustaba que le quitaran los refrescos.

F. sí. Algunas personas creen que no hacen daño.

ML. no sé si tú te acuerdas de un paciente. El vino porque era diabético, pero seguido se echaba sus buenos whiskies. Pero ahora, hace como 20 días, le salieron dos abscesos ano-rectales. No podía sentarse ni acostarse. Llegó al hospital por once días y por la diabetes se encapsulan. Dicen que es una sensación terrible de ardor y le abrieron los abscesos, que dice que parecían duraznos y así lo dejaron. La mala digestión aunada a la diabetes y por el peso no lo podían operar y dijo, “ya entendí”.

S. nosotros creemos que no nos va a pasar nada, hasta que vivimos algo así.

F. sí, la educación es salud, ¿cómo hacerle para no llegar a esto?

Comentario. En este fragmento observamos de una manera muy clara, las resistencias o las barreras al tratamiento, que presenta el paciente.

Frente a la declaración del diabético: “*nosotros creemos que no nos va a pasar nada, hasta que vivimos algo así*”. La facilitadora valida sus dificultades al declarar: “*sí, cambiar hábitos no es fácil; es una lucha. ... hay gente que se enoja mucho cuando le piden un cambio de dieta. . Algunas personas creen que no hacen daño (los refrescos, por ejemplo).*” Y finalmente reflexiona: “*la educación es salud, ¿cómo hacerle para no llegar a esto?*.”

Dentro de las Pobrezas de los diabéticos, las necesidades de Afecto, Entendimiento, Identidad, Libertad y Trascendencia son muy importantes de explorar.

La falta de autoestima, claridad, el apego a una máscara o rol, la irresponsabilidad, la falta de autocuidado y la no aceptación de la enfermedad, dificultan la elevación de su calidad de vida y, por supuesto, la adhesión al tratamiento.

La pregunta final de la facilitadora está en el origen de la metodología de Calidad Excepcional de Vida.

40.

F. el jueves es la clausura. Van a dar los diplomas.

Dra. Porque sería muy interesante que el señor Director supiera que por muchos casos es importante un grupo de terapia.

F. pues lo que hacen es que las mandan a Psicología.

Dra. ¿cuánto dura una cita?

F. dicen que una hora, pero son 50 minutos.

Dra. Es que el paciente descarga..

F. es que nosotros hemos tenido colaboradores y su enfoque es muy diferente.

Dra. Yo prácticamente he nacido y crecido en este hospital. Es que para mí esas terapias no sirven.

F. es que usted lo dijo muy bien. No quiero aceptarla. (la diabetes). Me rebelo a lo que sé y eso es deficiencia. Y viene de falta de amor por mí mismo, con tantas broncas, ya ni me importa la enfermedad. Nosotros trabajamos con el enfoque centrado en la persona. Es por eso que nuestras pláticas, que son tan sencillas y poco estructuradas, hacen que el paciente se sienta muy bien. Yo por eso los invito..

Dra. No sé cómo informar para las autoridades..

F. pues nada más con tomar los testimonios de los pacientes. Yo tengo quince años viniendo aquí martes y jueves..

Dra. ¿no es empleada del hospital?

F. no.

Dra. ¿no recibe un sueldo?

F. no, vengo por amor al Hospital. Cuando me dicen “llevo tres sesiones y me ha cambiado la vida”, porque abrimos ventanas. Y no nada más de la teoría médica. Pero también de cómo estoy y no tengo que quedarme así. Busco calidad de vida. Calidad excepcional de vida. Con lo que me está pasando me puedo sentir mejor, pero depende de mí, no de lo que estoy pasando afuera. Cuando es así, todo el tratamiento está más fácil porque no tiene que estar el doctor “tómese esta pastilla”. Vemos gente que llega desalmada (sin alma) y luego cambia porque se empieza a querer. Acepto que me está pasando esto y me cuido. El doctor es mi orientador, pero yo me cuido. Dicen, “el doctor me dice esto y yo hago otra cosa y lo engaño, no como hoy, por el análisis.” Pero los doctores no se sienten mejor o peor por yo engañarlos. Mi cuerpo es importante y me doy cuenta qué estoy sintiendo y pensando y eso es la atención integral, doctora.

Comentario. En esta sesión la doctora expresa su reconocimiento a la utilidad del grupo, como medio y forma de acompañamiento a pacientes y familiares.

Compara los resultados obtenidos en el Programa, con los que se logran en psicoterapia en el hospital. No cree en éstas. En cambio, observa el modo en que los pacientes “descargan” en sus sesiones, además de recibir educación para adherirse al tratamiento.

La doctora que menciona “ *prácticamente he nacido y crecido en este hospital*”, desconoce el enfoque teórico y metodológico de la facilitadora, quien le explica qué es el nuevo paradigma de la atención integral al paciente, donde éste es un agente activo de su tratamiento (“*El doctor es mi orientador, pero yo me cuido*”) y dónde se reconoce la conexión cuerpo-emociones-mente-interacciones sociales-espíritu. (“*Vemos gente que llega desalmada (sin alma) y luego cambia porque se empieza a querer.*” “*Mi cuerpo es importante y me doy cuenta qué estoy sintiendo y pensando*”)

Asimismo, le menciona el Enfoque Centrado en la Persona (de Transpersonal, ni hablamos).

La facilitadora sintetiza los objetivos de su intervención: “*Busco calidad de vida. Calidad excepcional de vida. Cuando es así, todo el tratamiento está más fácil porque no tiene que estar el doctor “tómese esta pastilla”*”.

Por otro lado, la facilitadora expresa sus motivaciones y, a pregunta expresa, explica las condiciones de su vocación: “ **F.** *Yo tengo quince años viniendo aquí martes y jueves.. Dra. ¿no es empleada del hospital? F. no. Dra. ¿no recibe un sueldo? F. no, vengo por amor al Hospital. Cuando me dicen “llevo tres sesiones y me ha cambiado la vida”,* “

Y éstas últimas frases caracterizan la personalidad autorrealizante y trascendente de la facilitadora. Ella, con amor a la gente y a lo que hace, se mantiene en bajo perfil frente a las autoridades del hospital y no busca fama ni reconocimiento. Perseverante en su acción, tampoco busca la retroalimentación respecto a la eficacia de su labor, aunque la realiza con compromiso, entrega y profesionalismo. Está abierta a críticas y sugerencias y trata de integrarlas en su tarea. Ha trabajado con distintas personas (empleadas del hospital y externas al hospital) en co-facilitación pero ha sido ella el elemento que ha consolidado el funcionamiento del grupo.

41.

F. E, ¿cómo estás?

E. bien.

F. anoche me llamó (por teléfono) T. (una asistente al grupo, que se hizo amiga de E.)

E. sí. Yo le llamé el 10 de mayo.

F. sí. Me dijo que había dejado un mensaje. Quedó de venir hoy.

E. sí. Quedamos de vernos hoy aquí. Pero ya ve, como granizó anoche, un granizo fuerte...

F. en mi rumbo llovió, pero no tanto.

ML. reportaron que por el aeropuerto llovió bastante.

E. aquí en la tarde, como a las siete y media.

F. y se anega luego luego, ¿verdad?. No como para que digamos inundación, sino encharcamiento. ¿a ti te afectó?

E. un poco porque había planchado. Bajando de la combi me puse mi chaleco y sí en la mañana amanecí con un poquito de infección de oído pero ya se me quitó. Me puse una bolsa en la cabeza y ya.

F. (se refiere a E.) y tú sí, toda la vida de trabajadora.

E. toda la vida. Mi hijo tenía su piernita mala y mi compadre me trajo aquí a México para cuidar a mi hijo. Yo no sabía nada. Me iba a planchar, a lavar y ahora me muevo por todas partes.

F. ¿cómo sigue tu hijo?

E. todavía no bien, pero ya trabaja con un arquitecto. Pero mi hijo tomaba y yo estaba preocupada. Le dije “sienta cabeza” y andaba con una señora de tres hijos. Llegó y me dijo “ya me casé”. Le dije “¡qué bueno porque yo no te hubiera recomendado!”. Pero una es muy buena. Otra nuera me dijo, “si yo hubiera sabido, no me caso”. Y yo le dije “si yo hubiera sabido, no te lo recomiendo”. El se fue con otra señora. Yo no la conozco. Cada vez que voy, me pone cara. Yo no le contesto nada.

F. bueno, estás en el papel de la que “oigo, veo y callo”.

E. pues sí; para mí lo pasado, pasado. Y con la otra, me llevo bien y ella se lleva bien conmigo.

M. les cuelgan el milagrito más a las mamás, que a los papás.

F. ¡mira, mira, ya llegó!

Comentario. Uno de los efectos que los participantes obtienen del grupo es la amistad y el compañerismo. Estas relaciones trascienden el tiempo y lugar de las sesiones.

El grupo es también un lugar seguro para cultivar las relaciones del pasado: “*Quedamos de vernos hoy aquí*”. ¡mira, mira, ya llegó!

En ese sentido, el grupo es un satisfactor sinérgico y un buen laboratorio de relaciones humanas, donde los asistentes ensayan distintos estilos y modos de interacción, monitoreados por las facilitadoras.

Por otro lado, E verbaliza el proceso a través del cual transitó de sus Pobrezas a la trascendencia en cinco aspectos de su vida: **a)** por la motivación de ver a su amiga, va más allá de sus molestias de salud, y llega al grupo: “*en la mañana amanecí con un poquito de infección de oído pero ya se me quitó. Me puse una bolsa en la cabeza y ya.*” Trasciende su enfermedad. **b)** recién llegada a la ciudad, era incapaz de desplazarse y ahora no sólo aprendió sino que orienta a sus parientes: “*Yo no sabía nada. Me iba a planchar, a lavar y ahora me muevo por todas partes.*” **c)** trasciende su preocupación y puede ver la realidad en el comportamiento errático de su hijo: “*mi hijo tomaba y yo estaba preocupada. Le dije “sienta cabeza” y andaba con una señora de tres hijos. Llegó y me dijo “ya me casé”. Le dije “¡qué bueno porque yo no te hubiera recomendado!”* **d)** no se “engancha”, o es independiente de la maldad, ignorancia, estupidez o inmadurez de la nuera, aún cuando está dirigida a ella: “*Cada vez que voy, me pone cara. Yo no le contesto nada.*” **e)** del propio pasado, y de la polaridad nosotros-ellos: “*para mí lo pasado, pasado. Y con la otra, me llevo bien y ella*

se lleva bien conmigo.” F) va más allá de la propia voluntad, acepta su destino con sencillez y sin conflicto: “ F. (se refiere a E.) y tú sí, toda la vida de trabajadora. E. toda la vida”.

42.

F. ¡hola, T., bienvenida! ¡te ves muy bien!

T. pues me alivió mucho dejar mi casa. (donde ella trabajó muchos años, en el servicio doméstico). Y el miedo que le entró al viejo, impositivo. Me dolía la pierna y él “te vas a Aurrerá”. Y ahí voy a traer los refrescos y le dije “ya estoy harta”. Fui tres veces con el huesero porque no me quedaba quieta. Me la volvía a descomponer, hasta que me dijo, “usté se hace eso por no estarse quieta. La próxima vez ya no la voy a componer.” Yo le avisé que me había caído porque me resbalé de la combi y con el estribo me pegué. Llegué a las once de la noche y no aguantaba el dolor. Me esperé hasta el otro día y ese señor ya me había compuesto la mano. Una señora se cayó del caballo y él la enderezó. Les pone un papelito y está por la Virgen, camino a Chalco. Tienes que estar a las cuatro de la mañana porque está lleno. Hasta los que están en el Seguro. (Social).

F. ¿ahí trabaja?

T. dice “estoy en el Seguro, madre, pero no les sirve”. Al señor (donde presta sus servicios domésticos) yo le avisé “está muy fuerte mi golpe”. No le volví a hablar y me cayó muy gordo que no me habló ni para ver cuándo vienes a hacerme el quehacer. Ya sé que no tengo derecho a nada. Ya me estoy terapeando. “No, tienes que ir”, yo solita. Hasta que me di fuerza y fui... - “¿por qué hasta hoy” . Y yo coja. - “¿por qué no me has hablado?”. Pues casi no puedo hacer nada y ni siquiera por eso me ha hablado, pero tengo el invernadero donde sembré mis plantas que para noviembre iban a dar frutos. Pero ni lo cuidaron. En noviembre le pedía aumento de sueldo “es que mire, los pasajes, el pesero, a veces el coche. Usted me paga mil pesos a la quincena. No me alcanza”. Me daba del quince al veintitrés. Esas fueron mis vacaciones desde hace 47 años. Yo llegué espantada porque él me manejó a su modo. Tuve más patrones pero yo decía, “pobrecito, pobrecito”. ¿pobrecito?. Me dijo, “¿qué pasó, te vas a quedar o te vas a ir?” . Pero como si no me necesitara. Me dijo que no me podía pagar más de mil quinientos a la quincena y yo le dije, “déjeme ver”. Pero el primero de enero, después de navidad, me dio la mitad de lo que me daba. Yo le llevaba ajos peladitos en aceite para no perder tiempo en su casa. Me decían “¿cuánto tardas en pelarle los ajos?” Los pelaba en mi casa y ya los llevaba peladitos, la yerbabuena también la picaba en mi casa. Todo eso lo tomaba yo en cuenta, como su familia lo tenía como perro; nadie lo visitaba. El día de su cumpleaños amanecía con los ojos chillones. El día de su cumpleaños yo le llevaba flores. Su hermana me decía, ¡ay, T. qué bonita tienes la casa, qué bonito te huele la casa! Y yo decía, “qué feo que yo le recordara lo que yo le hice de voluntad”. Pero decía “yo, por la forma en que yo me porto, él tiene que tomarlo en cuenta”. Pero sí le agarré coraje. No me le eché encima porque no le tomaba tanto coraje, mínimo. Me paré y le grité como si hubiera sido mi marido.

F. y el final de esto es que ya renunciaste..

T. la primera quincena de febrero. Le dejé el citatorio de la demanda. Y se presentó un abogado a defender al pobre viejito. Le dije ¿sí? Él tiene propiedades en Tabasco, Aguascalientes, propiedades en México y no le digo cuánto dinero en Estados Unidos con muchos ceritos porque no me alcanza la mente para saber... Yo le pedí sesenta y un mil setecientos cincuenta pesos. Y por no tener nada legal, dijo que no me daba más. Pero sí me conocen sus hermanas, sus amigas, simplemente. Y ahorita, la de oficios se vendió completamente y me dijo que no llevaba recibos. Le platiqué como me había tratado él y me dijo, “mire señora, le voy a ser franca, la recomiendo con un amigo para que la ubique pero..” le dije “el dinero no me interesa y tengo miedo de encontrarlo en la

calle porque soy capaz, soy capaz ya enojada.." porque yo fui bien gente pero su palabra fue que prefería darle dinero al abogado, que a mí. O ya falleció, o se cambió de casa. Hace dos años me decían, "ya sálgase, ya sálgase". La forma en que me trató al final fue para fastidiarme.

F. son las grandes injusticias y eso es lo que te altera.

T. sí, una tras otra. Una tras otra, ¡ya estoy harta!. Me encontré a los ladrones en el camión. Y si a mi, si no tuve padre, ¿por qué los hombres me van a mandar? . Me dijeron los ladrones "no se baje". Y les dije, " ¡cómo que no, si ahí viene mi marido!".. y eran unos señores con sus amigos. Hubiera querido tener veinte años menos.. y que me bajo y dije "en la torre, me van a perseguir" y que me bajo.

F. ahorita lo que traes es mucho coraje..

T. sí. El 26 de este mes, digo a la de Conciliación ya le pagó, al licenciado de él le han de haber tenido que pagar bastante. Si yo al Club España me quejo, a él le va mal. El decía "Prefiero dejar de comer yo para mandarles allá para que no se queden sin tragar." Pero cuando llega allá lo tratan como rey. Pero si voy al Club y me quejo y voy a los toros, veo a su amigo siempre agarraba y se iba.

F. y no has ido a otras instituciones..

T. no.

F. y si te quedaras sin dinero, aparte del coraje...

T. el mismo licenciado además del 10%, al licenciado le doy \$200; para copias, \$500, y cuando él no va y llega otro para darle a la secretaria cinco mil, ¿qué va a ser eso? ¿qué garantía tengo yo de ganar? ¡ninguna!.

F. por esto te pregunto cuánta falta te hace el dinero.

T. pues la güereja y chica ya me mandó a trabajar, porque yo trabajaba para ella y ella trabaja en la banca privada y la mandan fuera.

F. o.k. pero tú no dependerías de ese dinero. Es por buscar justicia. ¿Cuánto te está costando?

T. al irme saliendo pensé que me iba a caer... al otro día amanezco como trapo. Mira, yo no me les voy a fastidiar. Sus vales los reparte conmigo.

F. me refiero a que si no tuvieras el dinero...

T. mi salud es más valiosa.

F. tú tienes todo el derecho a seguir con la lucha, pero en tu sentimiento esa lucha es sólo contigo. No vale la pena que te dañes a ti misma. O.K. ese es tu pleito pero procura no lastimarte; que no pagues un precio tan alto como es la pérdida de tu bienestar.

T. tengo el teléfono de Ana, que era su cuñada. Y acabando el pleito le voy a hablar y ahí voy a descargar todo mi coraje. Porque no es la persona que me ha mostrado.

F. aparte de coraje, ¿qué dolor te ha causado?

T. a la fecha que yo lo veía que amanecía chillón, le llevaba flores, que una comida, ésa que le gustaba, que le estaba ayudando, él decía “no vienen a verme, pero se van a quedar con la casa”. No lloro, porque no es mía. A mí lo que no tenía que haberme dicho es “no tengo nada”. Ya nada más falta que vengan por ellas (todas las cosas que él tenía). Entonces, ni un algo para mí. Él decía, “no tengo nada, ¿no oyes?”. Si no tiene ni para las contribuciones, no tiene nada porque ya heredó las casas de así y así. “¿ni un algo tiene para mí?”; Si a esas horas me da cinco mil pesos, me voy! (grita).

F. tienes que separar el hecho de lo que a ti te está causando. Te vas a pasar el resto de la vida cargándolo.

T. esa, no pude sanarme nada. Y lo peor es que mi madre no me comprende nada, pero ver a mi madre sufrir..

(llega alguien a pedir informes de las pláticas, la atiende ML)

T. y con mi hija, me siento mal . Si yo le pagué y me dijo “renuncio a la escuela” cuando ya se iba a casar porque ya estaba embarazada. Me dijo “nada más te hablé porque me voy a morir” -“¡no es cierto! Te vas a morir cuando Dios quiera!. ¡agárrate las naguas!, ¡dímelo! ¿qué tienes?” -“no, nada más te llamé para pedirte perdón, y si algo tienes que perdonar..”. -“a ver, flaca, ¿qué te dije yo?” luego, “ya vine mamá, a ver a tu mamá” y como que me daba la espalda. Yo no tenía por que estar buscándole la cara. Pero cuando me hablaba por teléfono lógico que me preocupaba, era mi hija. No comprenden que a los 7, 8 años tuve que trabajar para que no sufrieran mis hermanas y mi madre (llora). Y a mi madre yo le he dado todo desde que se salió de trabajar a los 40 años. Si a ella le dolía la uña, a mí me dolía el dedo (llora).

F. bueno, T. todo ese sentimiento de rabia e impotencia que tienes dentro, lo tienes que trabajar porque ahí nadie te puede ayudar. Lo importante es lo que te haces a ti misma porque te dañas a ti misma. Si no sueltas, los sentimientos no se van solucionando sino empalmando uno tras otro. No le podemos pedir a los demás que se comporten como nosotros esperamos.

Comentario. Esta mujer relata sus Pobrezas, donde jerarquiza como lo más importante, la pobreza de Afecto (trato poco afectuoso y desconsiderado de su ex-patrón, en la casa donde prestaba sus servicios como empleada doméstica). Después de 47 años de servicio, el patrón no tenía la mínima atención de preguntarle cómo seguía, al haber sufrido un accidente en una combi.

Y luego su pobreza de Participación (derechos y responsabilidades laborales), Identidad (su pertenencia y asertividad para defender sus prerrogativas), Libertad (igualdad de derechos, capacidad de asumirse, o de optar.)

Demanda al patrón por \$ 61 750.00 y no obtiene nada. Relata la injusticia que vive y también la corrupción del sistema legal en México.

Frente a su fracaso, expresa catárticamente sus emociones (rabia, deseo de venganza, resentimiento, decepción) y no sólo respecto al patrón, sino en relación a su pasado, donde ha vivido sumisión e injusticia respecto de los hombres, y de la autoridad (su madre), y donde no obtuvo reconocimiento, agradecimiento ni expectativas cumplidas por parte de su hija.

Esta acumulación de sentimientos, le lleva a rebelarse frente a los asaltantes del transporte público, ejerciendo su rebeldía.

Si esto es la Tesis; la facilitadora se convierte en la antítesis al confrontarla a través de estas frases: “son las grandes injusticias y eso es lo que te altera. . ahorita lo que traes es mucho coraje.. . y

no has ido a otras instituciones.. . y si te quedaras sin dinero, aparte del coraje... F. tú tienes todo el derecho a seguir con la lucha, pero en tu sentimiento esa lucha es sólo contigo. No vale la pena que te dañes a ti misma. O.K. ese es tu pleito pero procura no lastimarte; que no pagues un precio tan alto como es la pérdida de tu bienestar". F. insiste: " bueno, T. todo ese sentimiento de rabia e impotencia que tienes dentro, lo tienes que trabajar porque ahí nadie te puede ayudar. Lo importante es lo que te haces a ti misma porque te dañás a ti misma. Si no sueltas, los sentimientos no se van solucionando sino empalmando uno tras otro. No le podemos pedir a los demás que se comporten como nosotros esperamos."

La síntesis, o su propia integración, la hará ella posteriormente.

43.

F. (voltea a ver a dos hombres que llegan por primera vez)

¡qué bueno que nos visitan!

Y. quiero saber qué hay que hacer..

F. ¿tiene diabetes?

Y. sí, desde hace dos años, mi glucosa está en 115 o 120.

F. ¿tiene medicamento?

Y. sí.

F. ¿es ordenado? ¡hola, L!

Y. sí. Pero como que se me estira la piel del talón.

F. ¿cuándo le toca consulta?

Y. hasta dentro de mes y medio, pero me duele todo esto (señala su pie y su pierna).

F. ¿no ha hecho ejercicio?

Y. no.

F. sería conveniente que solicitara una cita antes, Puede ser neuropatía..

Y. sí, me jala aquí. (señala específicamente dos partes en el talón y la parte posterior de su pierna).

F. sería conveniente que lo vieran antes. ¿con quién se atiende?

Y. con la doctora Ríos.

F. pida una cita antes. No tiene caso que se aguante.

Y. me comentaba que se iba a ir de vacaciones la doctora. Me arde la planta del pie antes, pero ahora siento como si me la están jalando.

F. sí , ¿y aquí el otro amigo?

Z. vine a preguntar qué se puede hacer, traje a mi esposa.

F. ¿y se atiende aquí?

Z. no.

F. pues aquí tenemos todo el apoyo que nos da este programa, para evitar complicaciones. Procuramos llevar los niveles de azúcar lo más normal, es el objetivo del programa y para los que no tienen diabetes, es prevenir. ¿Saben cómo está aumentando el número de personas con esta enfermedad? Antes eran mucho menos, pero ahora a edades más tempranas aparece la diabetes. Algunas empiezan a perder peso y hay que aprender a conocer los síntomas para que no llegue a dañar órganos. ¿Qué se daña, L.?

L. el riñón, la vista. Lo más complicado es lo que el señor está padeciendo, la neuropatía.

Y. sí, porque de repente veo borroso.

L. y las demás que hay (complicaciones), pero son más tarde.

F. ¿cada cuándo se hace la medición? (de glucosa en la sangre).

Y. cada vez que vengo a consulta.

F. ¿Cuándo se toma la medicina se aclara la vista?

L. y también se pueden dañar los dientes y el corazón. Pero los más elementales que le estoy platicando son los riñones. Pero también se tiene que checar los triglicéridos y colesterol.

Y. eso está controlado. Pero como que algo me arde. Hace ocho días vine, pero no me hizo caso (la doctora). Creo que no me oyó. Era leve, pero ahora como que se me quiere encoger (la pierna). Es como un calambre.

L. y a veces se daña el sistema nervioso.

F. Y la neuropatía es eso. Se siente a veces muy caliente la planta de los pies.

Y. sí, me quiero sacar el zapato.

F. ¡qué lástima que hoy no vino la Doctora!

L. y también dijo que a veces tenemos una bolita y puede ser la circulación.

F. yo creo que le conviene pedir una cita al mismo consultorio 42, con la doctora Vargas. Dígale que su doctora está de vacaciones y que le den una checada. ¿Cómo anda su alimentación?

Y. pues no como muchas grasas.

F. ¿y la harina?

Y. de vez en cuando me como una galleta, pero no mucho.

F. ¿y tortillas?

Y. pues seis me almuerzo y luego otras seis.

F. en nutrición, ¿no le han dicho cuántas son recomendables?

Y. es que siento un hoyo de hambre.

L. es que tómesese tres tortillas, pero lo sustituye con el jitomate o es una sustitución porque si no lo hace, no se va a poder..

Y. sí, me han dicho de las tortillas..

L. haga un cambio: en lugar de tres tortillitas, cómase el jitomate.

Y. Sí. Comía muchas tortillas. Medio kilo en la mañana y medio kilo en la tarde.

F. son hábitos que hay que cambiarlos.

C. yo oí que dijeron que si la tortilla la metemos dos días al refri, ya no tienen tantas calorías.

F. vamos a consultar con la nutrióloga. Pero también hay que cuidar el peso. Yo no tengo conocimiento de que pase esa función. Es importante checar cuánto hay que bajar. Porque el organismo requiere de ciertos nutrientes, dependiendo de la edad, de la actividad.

G. yo quiero comer más, jaja.

F. por eso toman en cuenta la edad, actividad, el peso, también en relación a la estructura de cada uno, y no nada más por diabetes, sino para tener el organismo en buen estado.

C. yo, me quitaron desde 2006, calorías.

F. aquí hay que estar muy constantes con el autocuidado. ¿qué he hecho para sentirme bien o mal? No para culparme, sino para atenderme. Sí me tomo (mido) la glucosa y lo registro. Ahora me siento mal en mis piernas. Entonces reviso qué he comido; qué he tomado de medicamento que es parte de la historia de cada uno y debemos tomarlo como aprendizaje. ¿cuándo hago ejercicio o cuándo me muevo?.

G. y quizás ver la glucosa entre una y otra consulta, porque a veces es mucho tiempo.

F. sí, y en cada brinco de glucosa, en esos sube y baja, daña los ojos, riñones, y vuelve a bajar.

Y. perdón, la cita me la da la Doctora. ¿Le puedo decir que me la dé mas seguido?

F. las doctoras tienen muchos pacientes. Pero puede ir a Farmacias Similares por lo menos cada semana, a que le midan la glucosa y la apunta.

Y. El lunes a las siete de la mañana saqué esto. (les muestra el estudio). Mañana me vuelvo a medir para que el doctor vea.

C. y la hemoglobina glucosilada, esa es de todo el mes.

F. esa señala cómo ha estado su glucosa, de tres meses a la fecha. Y le puede llevar a la doctora, "mire, así he estado".

C. los de aquí afuera son baratos y están aquí afuera.

F. aquí hay dos.

ML. en Similares hay hasta paquetes. Es mucho más económico para la hipertensión. El otro día vi y salen muy económicos en Similares.

F. y eso sería como un inicio.

Y. me interesa eso.

C. la hemoglobina glucosilada.

F. sí, porque en el consultorio sólo le toman cómo está la glucosa en ese momento.

ML. porque el día que voy a consulta, le bajo a las calorías, pero me eché ayer unas carnitas, o el tequila del fin de semana.

Y. ¿me lo puede anotar?

C. tuve que suspender un piquete porque tuve un imprevisto.

Y. mi mamá murió. Tiene veinte días de morir por diabetes.

F. ¿se cuidaba?

Y. sí. Nomás fruta y verdura comía. No tortillas. Murió de 82 años. Mi mamá nomás comía lo que el doctor le dijo.

F. Y unos por diabetes, y otros porque nos dio un torzón.

Z. ¿dónde pueden checarme?

ML. jueves y martes en el 42 (consultorio), antes de las 9 de la mañana; y uno de los primeros síntomas es cansancio general y si por parte de padres o abuelos hay diabetes.

Z. aquí como chocolate, pan dulce, carnitas, coca.

L. ¡coca, ja,ja!

C. y ya hay chocolate para diabéticos.

F. sí, para quitarse el antojo, pero el cacao tiene grasa. Hay sustitutos para el azúcar. Allá una vez por navidad, lo pueden tomar.

Y. y por ejemplo, ¿la nuez y el cacahuete nos perjudican?

F. poquito, ¿pero cuánto es poquito?. Para mí es algo, para ustedes otro más. Las grasas de estos no producen colesterol malo; es bueno pero con medida.

Y. me eché mi vaso de avena, el ajo y agua. 1 o 2 diarios.

F. la avena barre el colesterol, pero aumenta el peso si se come mucha. Todo con medida. El exceso por ejemplo de fresco, de coca..

Y. no, nada desde que me detectaron. Tomo agua con alfalfa sin azúcar.

F. Hay jugo de nopal..

C. con piña.

F. no. La piña tiene azúcar.

ML. pero poquita.

F. por ejemplo, puede comer nopales tiernos pero en sólo una tortilla que va a comer. Ja, ja. (todos ríen). Porque sí necesitamos, nuestro cuerpo por sí mismo genera glucosa, pero si hay de más se va a la sangre. Pero la glucosa bien colocada va a la célula pero cuando no es posible, va a la sangre y se convierte en diabetes. Todo esto lo vamos a aprender aquí. Hoy estamos empezando. Apenas estamos conociendo, pero esto es para aprender a cuidarme, a enseñar a los demás “¿cómo que tienes diabetes? ¡qué bien te ves!” “es que estoy aprendiendo a cuidarme”. Dentro del problema de diabetes, podemos sentirnos bien. Los jueves vienen los especialistas. Tenemos un mes de nutrición. He escuchado que los nutriólogos dicen que todo lo light es tan malo, como lo no light.

Y. Por ejemplo, ¿el azúcar como Canderel?

F. Se puede usar, pero es cuestión del paladar. Si es mucho el antojo de algo dulce, pues usamos Canderel. Estamos aquí los jueves y martes, de 9 a 11. Trabajamos en todos sentidos. Desde lo físico, siento piernas acalambradas, o siento depresión; lo emocional y podemos estar bien, sentir gusto en la vida porque muchas personas han aprendido a manejar bien su situación.

T. yo tengo diabetes del 85 para acá.

C. yo desde los 27 años.

F. ¿y tú, E.?

E. hace quince años.

L. y ahí las ve uno en la pachanga.

T. pero quería decirles que yo manejaba 450 de azúcar. Y en el ISSSTE me decían que era una forma de suicidarme. Y yo les decía “¡váyanse al diablo!”. Después fui a la casa y llegaba con 450, le dice el doctor, tiene 450. “Está loco; yo camino, trabajo”. Tenía papas para freír en un puesto. No me sentía mal, pero los ojos me empezaron a fallar. Dije “voy al mero, mero del Centro, “ (por Tepito). Y de allá me mandaron a Consulta General acá. Me vieron aquí que tenía que seguir el tratamiento para que controlaran el azúcar. Decía “ni modo, no me puedo quedar ciega”. Dos, tres meses y T. (ella misma) siguió con 450. Una chaparrita morenita subió con J. a invitarnos a las pláticas de aquí. Yo venía a consulta y estaba aceptando. Decía “vente, si salimos temprano, vamos” -“Esas son puras tonterías. No quiero ir”. Decía “mujer, no te sobra de más”. Yo pensé “ya para qué, si ya el doctor me dijo todo lo que me va a pasar”. Pero por darle gusto. Pero a los ocho días que yo vino porque sí me gustó la forma en que habló. Usted dijo “¿no quieren dar el paso, para cambiar? ¿ya se divertieron? ¿den el paso porque están acostumbrados a vivir así, porque les va a dar calidad de vida aprender a comer!”. Y decía “¡no, pero tiene razón!”. Yo sentadita porque por lo regular no hablaba yo. “Tiene razón, si no come uno diferente, aunque se tome la pastilla no se va a aliviar”. Vine a cuatro cursos porque me sirvió mucho. No hablaba pero me sirvió mucho porque descargaba mucho de lo que trae en la semana. Voy con un doctor de un dispensario y me dijo, “tienen que tener este mismo tiempo” pero me dijo el doctor “esas terapias, vaya. Dice que no habla, pero ¿ve este problema? –dice- el mío es peor”. Pero yo decía “no voy a poder”. Tenía yo un año de no venir a una plática completa. Hay que ser sincero, no a completo porque tengo memoria de teflón. Tengo

muchos problemas, por eso vine. Estoy muy arriba cuando tengo 200, porque me espanto. Si tuve 400 pero dijeron que más de 200 puede ser coma diabético pero me restrinjo y digo “gracias, F. ; gracias, F.” Estoy solita en mi cuarto, y hablo.

F. y sepan que el enojo, el gusto en exceso también sube la glucosa. Me voy a sentir frustrada, triste, lo que sea, pero voy a vivir en balance para que no se me suba el azúcar. A eso están invitados, a tomar el curso completo. Traigan a la esposa, el hijo, la hija, el compadre, para que vengan. No tienen que ser pacientes del hospital; no tiene que sacar ficha. Para entrar solo es que digan que vienen al curso de diabetes. Si tienes papá diabético, el hijo puede aprender cómo no desarrollarla.

Y. Yo dije que esa va a ser mi herencia.

F. podemos tener la inclinación, pero si sabemos cuidarnos, queda sólo como una semillita y más los jóvenes que comen tanta comida chatarra. Tantos niños que en el biberón les ponen coca-cola, en los pueblos se come mucha chatarra. Y eso ha hecho que aumente la diabetes. Los esperamos el jueves.

Comentario. Esta sesión es una muestra de cómo se va realizando el proceso de apoyo al paciente diabético y sus familiares; de acuerdo a las necesidades e intereses que van externando, se les va dando información y orientación respecto a sus casos personales.

Por ejemplo: *“F. ¿cuándo le toca consulta? Y. hasta dentro de mes y medio, pero me duele todo esto (señala su pie y su pierna). F. sería conveniente que solicitara una cita antes, Puede ser neuropatía.. . sería conveniente que lo vieran antes. ¿con quién se atiende? Y. con la doctora Ríos. F. pida una cita antes. No tiene caso que se aguante. Y. me comentaba que se iba a ir de vacaciones la doctora. Me arde la planta del pie antes, pero ahora siento como si me la están jalando.”*

Igualmente se abordan aspectos de la dieta que les beneficia, el automonitoreo, el ejercicio, etc.

El grupo hace uso del humor: *“G. yo quiero comer más, jaja.”*

Y por otro lado, cuando el paciente hace peticiones que no son urgentes y no son posibles, el grupo explora alternativas: *“Y. perdón, la cita me la da la Doctora. ¿Le puedo decir que me la dé mas seguido? F. las doctoras tienen muchos pacientes. Pero puede ir a Farmacias Similares por lo menos cada semana, a que le midan la glucosa y la apunta.”*

En este caso, el paciente asiste debido al dolor en su pie y pregunta sobre su dieta, después una muerte cercana: *“Y. mi mamá murió. Tiene veinte días de morir por diabetes. F. ¿se cuidaba? Y. sí. Nomás fruta y verdura comía. No tortillas. Murió de 82 años. Mi mamá nomás comía lo que el doctor le dijo.”*

Y finalmente, un aspecto a destacar es el testimonio de una participante, que muestra su proceso de adhesión al tratamiento, después de haber pasado por negación, enojo, incredulidad:

“T. pero quería decirles que yo manejaba 450 de azúcar. Y en el ISSSTE me decían que era una forma de suicidarme. Y yo les decía “¡váyanse al diablo!”. Después fui a la casa y llegaba con 450, le dice el doctor, tiene 450. “Está loco; yo camino, trabajo”. Tenía papas para freír en un puesto. No me sentía mal, pero los ojos me empezaron a fallar. Dije “voy al mero, mero del Centro, “ (por Tepito). Y de allá me mandaron a Consulta General acá. Me vieron aquí que tenía que seguir el tratamiento para que controlaran el azúcar. Decía “ni modo, no me puedo quedar ciega”. Dos, tres meses y T. (ella

misma) siguió con 450. Una chaparrita morenita subió con J. a invitarnos a las pláticas de aquí. Yo venía a consulta y estaba aceptando. Decía “vente, si salimos temprano, vamos” -“Esas son puras tonterías. No quiero ir”. Decía “mujer, no te sobra de más”. Yo pensé “ya para qué, si ya el doctor me dijo todo lo que me va a pasar”. Pero por darle gusto. Pero a los ocho días que yo vino porque sí me gustó la forma en que habló. Usted dijo “¿no quieren dar el paso, para cambiar? ¿ya se divirtieron? ¿den el paso porque están acostumbrados a vivir así, porque les va a dar calidad de vida aprender a comer!”. Y decía “¡no, pero tiene razón!”. Yo sentadita porque por lo regular no hablaba yo. “Tiene razón, si no vine a cuatro cursos porque me sirvió mucho. No hablaba pero me sirvió mucho come uno diferente, aunque se tome la pastilla no se va a aliviar”. porque descargaba mucho de lo que trae en la semana. Voy con un doctor de un dispensario y me dijo, “tienen que tener este mismo tiempo” pero me dijo el doctor “esas terapias, vaya. Dice que no habla, pero ¿ve este problema? –dice- el mío es peor”. Pero yo decía “no voy a poder”. Tenía yo un año de no venir a una plática completa. Hay que ser sincero, no completo porque tengo memoria de teflón. Tengo muchos problemas, por eso vine. Estoy muy arriba cuando tengo 200, porque me espanto. Si tuve 400 pero dijeron que más de 200 puede ser coma diabético pero me restrinjo y digo “gracias, F. ; gracias, F.” Estoy solita en mi cuarto, y hablo.”

Es interesante observar que la repetida asistencia al curso “Vine a cuatro cursos porque me sirvió mucho.” va abriendo la posibilidad de adhesión al tratamiento.

El proceso de cambio de hábitos es paulatino .” *No hablaba pero me sirvió mucho* “ y abarca distintas áreas de la persona, va elevando su autoestima, libera estrés ” *porque descargaba mucho de lo que trae en la semana*” inicia un diálogo interno, autocrítico, donde va llegando a sus propias síntesis: *“Tiene razón, si no come uno diferente, aunque se tome la pastilla no se va a aliviar”*.

El confirmar que no está sola, que el cambio es un esfuerzo de todos “. *Hay que ser sincero, no completo porque tengo memoria de teflón*” y que puede estar mejor y dialogar con su propio corazón *“Estoy solita en mi cuarto, y hablo.”*, le lleva a estar agradecida por los beneficios obtenidos *“digo “gracias, F. ; gracias, F.”*

44.

F. Como ven a este joven Q. cuando llegó tan feliz, venía anunciándonos que va a tener su bebé.

Q. estoy más contento porque creo que no tengo diabetes. Me hicieron la hemoglobina glucosilada y tengo 5.6.

F. los triglicéridos, estás bastante altito. El trae 422. El colesterol está alto. ¿sabes que los triglicéridos están relacionados con la dieta? Nuestra dieta T: tacos, tortas, tortillas, tamales, se traduce en triglicéridos.

P. es de grasa..

V. yo tengo 700.

F. y tu postandrial está muy bien.

G. te van a dar tu tarjetita para un examen.

F. ¿qué sientes?

Q. ya lo había asimilado. (tener diabetes). “ Tengo diabetes y tengo que aprender a vivir con ello”. Dejé el refresco, y en realidad sí me siento mejor. Sí sube de 2 a 5. Hice lo que pude para

mejorar y pensaba, “bueno, a echarle ganas y a seguir”. Estaba resignado. Dije “ya la tengo”. Pero sí me da gusto saber que no la tengo pero sí quiero llevar la dieta para que no me vaya a dar.

G. No se vaya a confirmar.

F. porque la exageración en todo, nos lleva a la diabetes.

Q. salí con 265 en ayunas. Me prendí el foco rojo y me dijeron “probablemente seas diabético”. Como les había comentado, mis papás ya fallecieron y los dos eran diabéticos. Conozco la diabetes desde hace veinte años, con mis papás. El venir aquí y escuchar historias, como nos dicen, me di cuenta que la conocía pero nomás por fuera, lo que dice la gente; pero cuando empecé a venir me dí cuenta que no es como lo dice la gente: “ya te cargó” “te vas a morir” “no hay de otra, es diabetes, es muerte”. Mucho tiempo ya la conocía así, no era controlarla sino resignarte a tenerla, a vivir mal para llevarla lo más lejos posible. Cuando llegué aquí me di cuenta que no es tan grave. Si hace tiempo, sin el grupo, me hubieran dicho que tenía diabetes, hubiera pensado “me voy a morir”; pero aquí sé que no es así. Las ganas que uno tenga de estar bien ayudan a que puede uno vivir mucho tiempo. Cuando escuché de las pláticas vine, y me ayudó mucho. Hay que seguir aprendiendo; no echar en saco roto lo que aprendí aquí: las pláticas, la dieta, estar más sano, estar consciente que lo puedo tener por la herencia.

F. este tiempo que creíste que te tenías la diabetes, ¿la dieta la sufriste?

Q. no tanto. No tengo diez en alimentación, de repente me porto mal.

F. o.k., que esto te sirva como una forma más sana de vivir; no importa que no la tengas, ya hiciste algunos ajustes y mi deseo es que te vayas a aferrar a esos cambios. Esta es una prevención. Recuerda: tu traes el gen de la diabetes por tus padres. Tu forma de vida, es la herencia más preciada que le puedes dar a tus hijos. Si tienes esta maravillosa noticia, deseamos que te cuides y a seguirle. Toso eso son factores de riesgo para la enfermedad. ¿Cuáles son, R?

R. comer de más.

F. la inactividad física, la genética, que seamos de esta raza latina, tenemos más propensión a la diabetes y cuando nos dicen que la vida nos da una segunda oportunidad, hay que aprovecharla. Si tienes las precauciones necesarias, la puedes brincar. ¡ Demos todos gracias!.

P. un comentario. Hay personas que dicen “estoy diabético” y ya, en lugar de detenerse como un semáforo que es amarillo de prevención para que te des cuenta que estás bien, ya te dijeron; entonces hay muchos que dicen “voy a seguir con lo mismo, al cabo que no tengo diabetes”. Pero sí te puede venir y te ayudará a prevenirla y los que ya están, con meditación. A mí cuando me dijeron que tenía, no dejo de ejercitarme. Me mandó mi hijo un aparatito, así que hago meditación y ejercicio.

F. acuérdense de los cuatro elementos: alimentación, medicamento, ejercicio y manejo de emociones. Hoy tengo gozo por la noticia que nos trajo Q.

Q. me hice la hemoglobina glucosilada y sale con 5.2. (todos aplauden con mucha intensidad).

Comentario. Este es un interesante caso, donde a Q ya lo habían diagnosticado como diabético y resulta que siempre no tiene diabetes.

Además de escuchar su inicial proceso de aceptación del padecimiento, lo que le sucede al recuperar la salud, es interesante.

A partir de su relato **F** refuerza la actitud preventiva y de promoción de salud *“cuando nos dicen que la vida nos da una segunda oportunidad, hay que aprovecharla. Si tienes las precauciones necesarias, la puedes brincar.”*

Llama la atención la intervención de **P** *“sí te puede venir y te ayudará a prevenirla y los que ya están, con meditación”* y ejercicio.”

También se mencionan las más comunes reacciones frente al diagnóstico: *“ya te cargó” “te vas a morir” “no hay de otra, es diabetes, es muerte”*.

Por eso el programa trabaja también con el sistema de creencias del paciente y su familia.

La solidaridad del grupo se manifiesta en la reacción de alegría cuando la cifra de **Q** es normal: *“me hice la hemoglobina glucosilada y sale con 5.2. (todos aplauden con mucha intensidad).”*

Aquí la Trascendencia se manifiesta cuando el grupo se identifica con los valores-S (solidaridad), y cuando rebasa la polaridad nosotros (enfermos)- ellos (los sanos); cuando **Q** encarna el símbolo del “redimido”, cuando **Q** había llegado a aceptar su padecimiento, desde un lugar distinto de víctima; cuando fue más allá de la enfermedad y el mal; cuando ya no se identificó con los juicios y opiniones de los demás: *“ya me cargó”*; cuando se repuso de su propia debilidad (ser enfermo); cuando fue más allá de la situación presente (relacionándose con lo posible, el futuro); cuando no se atrapa en lo negativo; cuando descubrió quien era más allá de las restricciones y limitaciones humanas.

45.

F. ¡miren nada más quien llega, Pedro!

V. Pedro, ¿cómo estás? ¡gusto en verte!.

Q. ¡hola Pedro!

F. Pedro, ¿cómo está Michoacán?

P. pues igual que siempre.

F. llegó Pedro justo al examen.

P. ¡sí!.

F. para los que no conocen a Pedro, viene de Michoacán. Es muy querido miembro de este grupo. Canta y baila muy bien. Ya se aproxima el aniversario de este grupo. Este año cumplimos quince años de estar trabajando. Estén pendientes y ya que tengamos idea, les vamos a decir para que se preparen. Nos hace cantar y bailar mucho este hombre.

P. yo por mí, canto y bailo siempre. No es bueno estar siempre de malas. Es malísimo porque nos perjudica y estar contentos nos ayuda a levantar el ánimo a esperar la voluntad de Dios.

V. eso que dice **P** es muy importante. ¿habrá en nuestro organismo eso de las endorfinas?

F. sí, las endorfinas se producen en el organismo, pero hay manera de estimularlas. Por ejemplo, juntarnos con gente que nos hace sentir a gusto, escuchar música bonita, caminar, ver la naturaleza, cantar. Es para estar contentos. Es conveniente comprender qué me causa gusto. No necesitamos grandes compras o viajes. Ojalá los pudiéramos hacer pero es saber yo qué quiero. Es ir encontrándole gusto a la vida.

Comentario. Este fragmento es significativo porque un paciente menciona la trascendencia de la voluntad personal, para ceder ante el propio destino y fundirse en él; aceptándolo no desde una pasividad, sino en cuanto a los resultados de la acción: *“No es bueno estar siempre de malas. Es malísimo porque nos perjudica y estar contentos nos ayuda a levantar el ánimo a esperar la voluntad de Dios.”*

Por otro lado, **F** hace referencia a los valores-S, mencionados por Maslow: *“juntarnos con gente que nos hace sentir a gusto, escuchar música bonita, caminar, ver la naturaleza, cantar. Es para estar contentos”*; y los contrasta con los valores-D *“No necesitamos grandes compras o viajes.”*

El programa está basado en la promoción de los valores-S y en despertar la consciencia para que experimente niveles más expandidos.

46.

R. mi primo, se le infectó un pie, su pie estaba negro y le quitaron la pierna. Es joven y tiene dos hijos y se separó y vive solo. Es un muchacho porque vive bien joven.

F. la vida misma con sus altibajos nos causa estrés. Me voy haciendo más sensible, pero tengo que saber qué hago con lo que siento. No es ser de piedra, pero ¿cómo puedo hacerle para soltarlo por mi bienestar?. Veo al vecino amputado, y yo caigo en una depresión.

P. si a una persona le pasa y lo vemos, pensamos “a ver cuándo me pasa a mí”.

F. R. ¿a ti qué te dan ganas de hacer con tu vecino?

R. no me le acerco mucho. Porque a mi sobrino le dolían los dedos y dije por qué tanto, hasta la pierna..

P. por eso los doctores te tratan.

F. ¿ahora traes ese pesar? Puedes darle una palabra de aliento, sonrisa, una pequeña plática para decirle que puedes hacer algo por ello: eso baja el estrés.

R. pero en semana santa iba a comprar su coca, ya tenía la infección y se iba arrastrando.

N. mi vecino está bien gordito. Le decimos el cochino. Le gusta todo con grasa y su cocota. Le digo ¿por qué no cambia tu manera de comer? . Le digo “ al grupo dónde voy te dicen que eso no es bueno”. Me dice “todos nos vamos a morir”. Le digo “sí, pero las amputaciones, la ceguera, lo de los riñones, eso tratan de evitar; nos dicen cómo querernos y cuidarnos”. Y yo, los poquitos días que he venido me han servido.

F. venía un muchacho muy grandote, como Q. Lo ví en un mercado comiéndose unos tacotes y dije “¿de dónde lo conozco?”. Pensé que era uno de mis alumnos y me dijo “¿todavía va al hospital?”. Y luego me dijo, “sólo llevo tres tacos y una coca light”. Le dije: “bueno, cuídate”, porque dijiste algo bonito “hay que querernos y cuidarnos”; ¿tú cómo te sientes: con fuerza para lidiar con

lo que te pasa o resignada? . Porque hay imponderables, pero yo puedo lidiar con mis circunstancias.

Comentario. Aquí escuchamos la expresión del miedo que asalta al paciente de diabetes: **"F. Veo al vecino amputado, y yo caigo en una depresión. P. si a una persona le pasa y lo vemos, pensamos "a ver cuándo me pasa a mí".**

Frente a este miedo muy entendible, **F** ofrece la opción de la Trascendencia del egoísmo, del miedo, de la situación presente, del dolor y la enfermedad, del amor-identificación, de las imperfecciones y limitaciones humanas, de lo negativo, de este modo: *" Puedes darle una palabra de aliento, sonrisa, una pequeña plática para decirle que puedes hacer algo por ello: eso baja el estrés."*

Finalmente, los temas y el modo de abordarlos en el grupo, ayudan a la transformación personal y se convierte en una matriz de nuevas posibilidades, donde en un efecto en cascada, los propios participantes empiezan a replicar el proceso dialéctico, con otras personas: *" Le digo " al grupo dónde voy te dicen que eso no es bueno". Me dice "todos nos vamos a morir". Le digo "sí, pero las amputaciones, la ceguera, lo de los riñones, eso tratan de evitar; nos dicen cómo querernos y cuidarnos". Y yo, los poquitos días que he venido me han servido."*

47.

F. bueno, pero estoy aquí luchando para vivir mejor con lo que me toca. Hay quienes renuncian a luchar y se convierten en víctimas.

C. entonces, ¿se vale caerse?

F. sí se vale, me quedo tirada un ratito. Me sobo, me levanto y sigo. Les voy a contar un cuentito que alguno tal vez ya oyó, pero les recuerdo.

"1) Bajo por la calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Me caigo dentro.

Estoy perdida... impotente.

No es culpa mía.

Se tarda una eternidad en salir de allí.

2) Bajo por la misma calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Hago como que no lo veo.

Vuelvo a caer dentro.

No puedo creer que esté en ese mismo lugar.

Pero no es culpa mía.

Todavía se tarda mucho tiempo en salir de allí.

3) Bajo por la misma calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Veo que está allí.

Igual caigo en él... es un hábito.

Tengo los ojos abiertos.

Sé donde estoy.

Es culpa mía. Salgo inmediatamente de allí.

4) Bajo por la misma calle.

*Hay un enorme hoyo en la acera.
Paso por el lado.
5) Bajo por otra calle."*

Esas son las caídas en la desesperación, en la angustia hasta que aprendemos a darle la vuelta. Evito meterme en broncas, ¿será? O a veces parecen que traemos un imán para atraerlas. Si estoy desesperada, rijosa, atraigo lo mismo. Si estoy satisfecha, feliz, plena, atraigo lo mismo. Es tu imán, ¿qué atraes en la vida?

V. todavía no sales de un problema y atraes otro.

F. entonces hay que analizar qué hago para que eso me suceda. Ahí tenemos que echar ojo.

P. les platico algo. San Jorge era un santo que todo lo resolvía. Hay muchos santos que vivieron en el mundo pero abrieron un drenaje y cayeron muchos. No dijo nada porque sabía que el Señor todo se lo resolvía. Empezó a esperar. Pero empezó a patalear y salió solito.

F. ese es el caso con la diabetes. Sufro, tengo diabetes, ¿ahí me quedo? ¡no!. Hay que hacer algo.

P. mientras tenga vida, se puede hacer algo. Pataleamos y salimos.

F. como el señor que se le inunda la casa y se va al techo de su casa y grita: "¡Señor, Señor, ayúdame! Y pasan en una lanchita y le ofrecen llevarlo y dijo ¡no, no! El Señor me va a ayudar. Y la lancha se pasa.

Luego pasa un helicóptero y le avientan la cuerda y dijo, ¡no, no! . El Señor me va a salvar. Luego se muere ahogado, llega con el Señor y le dice "Señor, ¿por qué no me salvaste? ¡tanta fé que tenía! Y el Señor le dice "¿cómo me dices esto? Te mandé una lancha y un helicóptero y todo lo rechazaste". Muchas veces tenemos la ayuda ahí y la rechazamos. Nos dicen "ahí está" y la rechazamos. Nos caemos en el agujero. Tengo estas circunstancias de vida, ¿cómo manejo mis dolores, mis angustias, mi depresión? Me quedo en el agujero. Me pongo de víctima, de tapete de los demás. Si esa es mi decisión, pues la acepto con gusto. Esas preguntas que les pedimos contestaran hoy, tienen que ver con esto.

Del 1 al 10, ¿soy feliz? Del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho estoy con mi salud?. Mi familia está mal, tengo diabetes.. ¿puedo hacer algo con lo que vivo o no? ¿puedo vivir con aceptación y bienestar?

Comentario. En esta sesión, **F** usa breves relatos para reforzar actitudes de Trascendencia frente a las Pobrezas de cada participante:

1. más allá del propio pasado; 2. para no ser víctima; 3. cumplir con su deber; 4. más allá de las necesidades bajas del yo; 5. como independencia de la maldad, ignorancia, estupidez o inmadurez; 6. de la propia debilidad y dependencia; 7. de la situación presente; 8. del dominio-D al dominio-S; 9. para hacer más de lo que uno pensaba que podría hacer; 10. de lo negativo, de inhibiciones, bloques, rechazos, negativas; 11. del esfuerzo y lucha para estar en el aquí y ahora; 12. del miedo; 13. de limitaciones, imperfecciones, impedimentos y restricciones humanas; 14. del propio credo o sistema de valores o de creencias, para construir estructuras más inclusivas.

Asimismo valida los momentos de desaliento o desesperanza, como etapas transitorias hacia un modo más pleno de vida.

También P se une a ese intento, con su breve y pedagógico relato.

48.

F. vamos a darnos cuenta que todos podemos sentirnos como queremos. No nos clavamos. No nos quedamos amarrados al dolor o aflicción. Necesito un apapacho. Necesito quedarme un ratito con ese sentimiento, pero me paro.

¿qué emociones experimentamos? Cada uno va a decir una, sin que se repitan.

-dolor.

-tristeza.

-enojo.

-ansiedad.

-angustia.

-alegría.

-tristeza...gusto.

-alegría.

F. sin repetir..

-gusto.

F. ya lo dijeron.

-felicidad.

-amor.

-melancolía.

-cariño.

-susto.

Dra. -¡todas!

-desolación.

-plenitud.

F. ¿las decimos de boca, o las hemos sentido?

(todos) las sentimos.

F. tenemos la posibilidad de sentir las todas, pero no nos quedamos con ninguna. Ni siquiera la felicidad, porque es como una chispita.

X. perdón, ¿eh? ¡buenos días!.

F. entonces siento cualquier emoción y ¿qué hago con eso? Por lo pronto, gracias.. vamos a tener una plática con la señorita Verónica, pongan mucha atención.

Comentario. F introduce a los asistentes, de un modo muy sencillo, a la noción del “flujo” o matriz de conciencia-energía que ha sido desarrollada por Carlos de León y Jacobo Grinberg.

Considerada también dentro de la perspectiva de Tantra, esta noción explica la “impermanencia” de los fenómenos (en este caso las emociones) y la posibilidad de Trascendencia, Liberación y Transmutación de ellas: “ *tenemos la posibilidad de sentir las todas, pero no nos quedamos con ninguna. Ni siquiera la felicidad, porque es como una chispita.*”

Previamente favorece la reconexión emocional, al pedir a cada participante que identifique una energía emocional. Ello tiende también a elevar la coherencia interhemisférica al armonizar la actividad racional y emotiva.

49.

(Mientras el grupo responde, llega una pareja que no sabe leer ni escribir y empiezan a hablar con una de las asistentes).

Sra. Somos de Oaxaca. Vengo porque no encuentro mi alivio.. Hace dos años que tengo un dolor en el estómago. Me empieza de aquí (señala un costado) y va acá (señala el otro costado). Me da dolor y ardor. Vine a consulta general y hoy vine al laboratorio. Aquí tengo un sobrino. Salimos a las nueve y media noche y llegamos a las 5 de la mañana. A la Tapo donde nos deja el camión y luego nos venimos en metro. Estoy haciendo mis análisis. De repente me empezó. Me dicen que colitis y gastritis, pero no me encuentran nada.

Sr. Ora vamos a cardiología. Ella ya se hizo tomografía ocho días por hoy le diagnosticaron quistes en los riñones y hernia de pared, a consecuencia de que le quitaron la vesícula. Al quitarle el tubo para que saliera (algún líquido), se le complicó. A lo mejor le quedaron las tripas pegadas.

Sra. Probablemente día 10, 11, 12 pasemos con el doctor. Nos mandaron análisis clínicos. Venimos de Oaxaca y llevo dos años con doctores y tratamiento. Allá me llevó a clínica me atendieron y ya estaba enferma. Aquí tenemos el sobrino. Ya vamos para dos meses y se nos acaba el recurso..

Sr. Cuando le pega el dolor, se pone a chillar y se está revolcando. Yo trabajo en el campo. Cuando se da (la cosecha), se da. (agricultura de temporal). Tenemos una casita de adobe con teja y estamos al norte de Oaxaca ciudad. Casi en la sierra Mazateca, por la Cañada, a dos horas de la sierra, se llama San Francisco Cotahuxtla. Yo soy de 65 (años), ella es menor. Estamos refugiados con un sobrino. Ya se hizo montón de veces exámenes de orina y sangre y hasta diciembre le daban cita en el Seguro Popular de Especialidades en Oaxaca. Nos estaban haciendo muy largas.

Sra. Yo le dije a mi esposo, “de aquí a diciembre, yo ya no estoy”.

Sr. Pero ya no tenemos recurso.

(los llama una enfermera para que vayan a algún lugar del hospital, y se retiran).

Comentario. Estos pacientes son minoría en el Hospital. Sus tiempos de traslado son superiores a las siete horas.

Me conmovió observar la vulnerabilidad de esta pareja frente a la incertidumbre, al dolor crónico y a la carencia de dinero “*se nos acaba el recurso*”, “*ya no tenemos recurso*”.

La posible explicación del padecimiento de la esposa, revela otra cultura, que en términos de la urbana es considerada Pobreza de Entendimiento: “*a lo mejor le quedaron las tripas pegadas*”.

Y por otro lado, manifiesta la inadecuada e insuficiente respuesta del Sistema de Salud público en nuestro país: *“Nos estaban haciendo muy largas” “Yo le dije a mi esposo, “de aquí a diciembre, yo ya no estoy””*.

Si recordamos el caso 26, percibimos una población sumamente desprotegida, que Max-Neef nombra “los invisibles”. Y reflexionamos: ellos pudieron trasladarse al Hospital, ¿cuántos morirán sin poder llegar, por “falta de recurso”?

50.

X. Yo le voy a ser breve. Soy diabética desde hace 21 años.

F. ¿toma pastillas o insulina?

X. yo, la insulina pancreática. Viví un mes en 95, después de regresar cada año durante 25 años, porque estoy fuera de México. Ese mes mi mamá falleció. Yo camino bastante, a pesar de las temperaturas extremas del lugar donde vivo; camino 5 horas y vivo en Australia. Mi hijo es diabético desde los 12 años. Yo empecé a leer mucho sobre la enfermedad. Me vine a Estados Unidos con un doctor que escribió un libro sobre el uso de hormona pancreática, combinada con insulina y vitamina C. A mi hijo le hice análisis de sangre y todo para ver la digestión del estómago y él tiene 38 años con este tratamiento. Sí tiene problemas y días malos con azúcar alta, pero se le pone insulina y a mediodía ya está bien. Tiene problemas en los ojos pero para tener 26 años con diabetes, está bastante bien. Dejó de trabajar, por lo mismo, hace 3 años y necesita caminar mucho. Ahora entra a las 10 y sale a las 3 en otro trabajo. Una de las ventajas de su tratamiento, es que la vitamina C le ayuda a ser más cauteloso. Nos está yendo bien. Yo quería que la enfermera me hiciera pasar con el doctor de endocrinología para que comprara esos medicamentos. El páncreas tiene tres funciones, además de producir la insulina tiene la exocrina, que produce enzimas. Al darle enzimas pancreáticas al enfermo, la función insulina mejora con el ph de la lengua. Ha tenido éxito porque mi hermano es diabético de hace 28 años, más o menos él sí usó la dieta, ejercicio, todo. Y le cambia el humor, porque los diabéticos tenemos un humor que no nos aguantamos ni nosotros mismos. Mi hermano estuvo 1 o 2 semanas en este hospital porque tuvo agua en los pulmones. Yo le empecé a darle sus enzimas y midiendo la insulina en una báscula. Después de 28 años con hipoglucemia y tres meses de insulina, con sube y bajas constantes, yo se lo empecé a controlar con enzimas pancreáticas. No trajo su insulina y una hora y media después de haber comido, tenía 102 sin insulina y sin hipoglucemia después de haber desayunado. Lleva dos semanas sin insulina. Tenía 184]

F. es alto.

X. pero considerando que él ha estado inmovilizado toda la mañana y que le sacaron sangre del hueso, sin desayunar y sin insulina, es muy buena.

F. no, discúlpeme, después de alimentos, controlados 140 es lo normal.

X. sí, pero sin insulina, inmóvil, con cáncer es cosa aceptable porque oiga, 28 años de diabéticos y 180 de azúcar..

F. cualquier medicamento debe tener en cuenta el estado general del paciente, por estrés el sistema inmunológico es muy afectado.

X. sí, la materia prima viene de Alemania pero aquí también hay. Hoy se levantó con 140 en la mañana, lo cual también es alto, pero el caso es que ya le digo, mi hijo después de 26 años de

tener la enfermedad trabaja otra vez y está ganando bien. Y yo con 21 años, a mí me ha ayudado las enzimas pancreáticas.

F. ¿y no toma metformina o insulina?

X. no, y ya ve que el estado de ánimo también influye y vine a ver a mi familia. Cada año vine cuando mi mamita estuvo enferma y con los cambios de alimentación y todo y no me alteré.

F. ¿dónde las compra?

X. el Creón en la Farmacia San Pablo. Hay quien le da precios de muerte. Esta es la más fuerte, de 350 mg.

F. ¿ésta es para ayudar a la insulina?

X. al páncreas, cuando usted come, las enzimas sirven para ayudar a digerir la comida y la insulina abre la puerta para que vaya al intestino y se ayude a digerir.

F (precisa la información que dio X). es para ayudar a que la glucosa llegue a la célula. Cuando la insulina no es suficiente o de suficiente calidad, no se abre la célula y la insulina se va a la sangre.

C. es veneno.

D. y es cuando empieza a dañar los ojos, riñón : lo que nos está diciendo es que la insulina fortalece el páncreas.

F. ayuda a digerir la comida el páncreas. Al tener esa ayuda tan grande puede producir insulina, porque la insulina ayuda a digerir y a mejorar el sistema inmune. Todos necesitamos glucosa e insulina, pero en los niveles adecuados. La fruta, vegetales, se traducen en glucosa ya una vez digeridos, porque es lo que necesitamos para producir energía. Por eso te la dan inyectada o que se tome para que la insulina se asimile en las células.

X. pero los doctores debían de dar también las enzimas porque se empieza a exprimir el páncreas con la insulina. Pero las enzimas ayudan a regenerar el páncreas en lugar de dañarlo. A mí el cambio de comida me beneficiaba. Pero debe de ser con receta. Pero el doctor no va a saber como asesorarla.

F. pues gracias por su sugerencia. Estamos aquí de 9 a 11 los martes y los jueves. Vienen los especialistas y puede hablar con ellos.

X. ¡gracias! Sí se puede medir la cantidad de ribosofinas en el páncreas pero es cuestión de práctica para irla balanceando.

F. ¿y cuál es el gran cambio de alimentación que experimentó en México?

X. el trigo se come allá, no el maíz. Y aquí hay muy buena fruta que no hay allá como la guayaba y el plátano macho. Le dejo el nombre del libro y los datos del doctor en Estados Unidos y mi teléfono.

F. entonces esto, con el doctor y con el estudio..

X. no con el estudio; el doctor sólo debe de conocer el medicamento. Le dejo mi e-mail por si están interesados en comunicarse conmigo.

F. y ¿usted dónde vive?

X. en Sidney, Australia. Me regreso el domingo.

H. ¿y cómo le hace con las arañas y los animales de allá?

X. no, no hay eso. (se dirige a la Facilitadora) Dígale a los doctores que con las enzimas, si se los dieran a todos los diabéticos de México, con un frasco de 350 mg que es lo más alto de México, aquí sería como cuatrocientos pesos. Allá cuesta el equivalente de cien pesos. Allá las tiritas se les dan en cantidad de 100 y es menos de 20 pesos. Es cuestión que ustedes se unan y le pidan al gobierno. Cualquier pregunta, estoy dispuesta a responder. Gracias.

Comentario. Este es un caso poco frecuente. Esta mujer, mexicana pero habitante de Sidney, llega a ofrecer las enzimas pancreáticas, como una opción o alternativa en el tratamiento de la diabetes. (Tesis)

Su actitud fue ligeramente arrogante, pero F no sólo escuchó con atención, sino que precisó los criterios de la Norma Oficial Mexicana, en diabetes. (Antítesis)

Como resultado, cada participante llegó a sus propias conclusiones, pero no generó mucho interés en ellos, por conocer más sobre las enzimas pancreáticas.

La pregunta de H, quien nunca ha salido del país, resultó inocente y graciosa “¿y cómo le hace con las arañas y los animales de allá?”. A X no le pareció graciosa y su semblante se tensó.

Su tono fue más directivo, casi enojado “Dígale a los doctores...” F pasó la información a la doctora a la sesión siguiente, pero este tema no se retomó.

51.

H. Una chaparrita morenita subió con J a invitarnos a las pláticas aquí. Yo venía a consulta y estaba aceptando. Decía “vénte, si salimos temprano, vamos”

F. y sepan que el enojo, el gusto en exceso también sube la glucosa. Me voy a sentir frustrada, triste, feliz, pero voy a vivir en balance para que no se me suba el azúcar. A eso están invitados, a tomar el curso completo. Traigan a la esposa, al hijo, la hija, el compadre para que vengan. No tienen que ser pacientes del hospital. No tienen que sacar ficha. Que digan que vienen al curso de diabéticos. Si tienen papá diabético, el hijo puede aprender cómo no desarrollarla.

X. yo dije que esa va a ser mi herencia.

F. podemos tener la inclinación pero si sabemos cómo cuidarnos, puede ser sólo una semilita y los más jóvenes que comen tanta comida chatarra, tantos niños que en el biberón les ponen coca-cola, en los pueblos se come mucha chatarra y eso ha hecho que aumente la diabetes.

Comentario. En este fragmento resaltamos la dinámica para difundir el Programa de Apoyo, dentro del Hospital.

Anteriormente era realizado por los propios pacientes, que recorrían las salas de espera, invitando a otros pacientes a trasladarse al aula. Como los tiempos de espera para ser atendidos en consulta eran muy prolongados, los pacientes “hacían tiempo” asistiendo al curso. Si les gustaba, regresaban.

Actualmente la difusión ha sido bloqueada por la empresa privada de seguridad, contratada por el Hospital. Encontramos otra vez el satisfactor destructor o violador de la burocracia que, pretendiendo satisfacer la necesidad de Protección, evita la satisfacción de otras muchas necesidades.

Dificulta la asistencia al Curso, porque las filas para entrar al Hospital son largas, exigen un carnet o identificación, y no hay permiten ningún poster o banner de difusión, excepto fuera del aula.

También F menciona el problema de la publicidad que promueve pautas de consumo no sanas, especialmente en población con bajos niveles de escolaridad y/o ninguna educación para la salud. Recientemente se ha intentado gravar a la industria refresquera, con mayores impuestos para desalentar su consumo pero, al igual que la batalla sanitaria contra las tabacaleras, los enormes intereses económicos no son fácilmente regulados.

Al respecto, recordemos la noción de Max-Neef: la economía debe estar al servicio de la persona y no viceversa. La realidad es justamente la opuesta.

52.

E. se cayó mi hijo de la moto. Estaba en la carretera a Cuernavaca y había llovido, se derrapó la moto y acabó casi debajo de un camión. El no me dijo nada, pero su amigo sí. A la moto no se le notaba nada, porque se golpeó sólo de un lado y cuando llegó, puso la moto sobre una pared cubriendo el lado dañado. Nos fuimos al médico, le hicieron radiografías. Estuvimos en la noche en el Seguro (IMSS) pero no había arreglado los papeles del seguro para que le dieran consulta. Le dije “aguántame, voy a hacer algunas cosas y luego nos vamos al médico”. Y ya lo enyesaron.

F. Pues mira, tuvo fortuna hasta con la moto, porque luego pasa el camión sobre ella y acaban de destruirla. Pues fue un susto.

E. como me pasé toda la noche desvelada..

F. sí, pues te pusimos en el círculo. Pero son sustos. ¡qué vulnerable es la condición humana! ¿verdad?.

E. sí, y el domingo hubo una misa para mi papá..

G. ¡uf! La cola está hasta la avenida Cuauhtémoc. De por si llego tarde. Está pesada.

F. yo hoy dejé pasar tres trenes (del metro).

G. y hay miedo cuando en el metro hay mucha, mucha porque la gente no se fija (en el andén). Un día me atrapó el brazo (la puerta, al cerrarse) y me lastimó. Y en la línea 12 del metro era puro lodazal en las vías, dizque ya lo terminaron pero no. Por eso se tardan tanto..

E. Ya estaba funcionando sábados y domingos y el sábado que fui, estaba cerrado “hasta nuevo aviso”. Antes había 9 o 10 robos a casa habitación por mes, y ahora hay 9 o 10 por día, desde que abrieron el metro.

G. y que hicieron pilotes contra los ambulantes. Pero eran kilos y kilos de lodo que sacaban. Si están sacando de abajo, me imagino que emana. A mí me tocó ir. Tomé otro transporte ese día y me dí cuenta de lo que sacan.

F. ¡vaya!

Comentario. Aquí se mencionan Pobrezas de Subsistencia (entorno vital peligroso en la ciudad, donde la transportación masiva en el metro está sobresaturada y es proclive a accidentes; cierre de estaciones del mismo sistema de transporte colectivo, alto índice de accidentes fatales en motociclistas), Protección (percepción de inseguridad; cifras de asaltos en crecimiento exponencial, accidentes carreteros), Afecto (falta de comunicación con el hijo que no relató su accidente), Participación (para el comercio ambulante, las restricciones van en contra de su derecho al trabajo; para los ciudadanos, los puestos ambulantes atentan contra el derecho al libre tránsito) Libertad (dificultad para optar por libre tránsito en esta ciudad).

Igualmente se hace referencia a la Burocracia en el IMSS, que repetidas veces se cita como un satisfactor violador.

Por otro lado, la dedicación de una misa para el papá, se relaciona con la satisfacción de la necesidad de Identidad en la participante, porque implica un sentimiento de pertenencia, integra a una familia y refiere a costumbres, símbolos, valores, y memoria histórica de un grupo.

Recordemos que para Max-Neef, el Desarrollo a Escala Humana está referido a comunidades mucho más reducidas que la Ciudad de México.

En estas megápolis, el individuo es anónimo y su participación se diluye y despersonaliza, se deshumaniza.

53.

F. ¿y cómo te has sentido, G?

G. Ya he estado un poco mejor. Hace 8 días tuve que venir al doctor porque por un coraje no podía ni moverme. Agarraba el cepillo y me daban calambres, no llegaba más que aquí. Fui con el chamán primero porque estuve serrando con la barreta, le estuve dando. Me torcí y dije, “voy a ir”. Me tocó la ficha 23. Ya le expliqué y todo. Que me quite la blusa, me puso su pomada y me sobó fuerte, fuerte. Ya no me dolía después de que me hizo eso. Me dijo, como se llama, que tengo que cuidarme. Con la señora (con la que trabajaba en servicio doméstico) iba hasta con Shaya Michan. No me gustaba. La señora me decía, ándele, son 2x1. No me gustaba. Este me dijo, “ora, mueva sus manos” y sí que las moví. Me dijo “madre, usted debe tomar una aspirina plus porque esto es principio de infarto. ¡ay, me quedé así! (muestra sus manos como temblando de miedo).

F. ¿has tenido problemas de corazón?

G. no, dice el doctor que tengo presión de quinceañera 120-80.

F. pues tenías una razón porque hiciste cosas que generalmente no haces.

G. pues no. Estuve revisando todas las recetas del médico con el que voy. Este dolor es el que me ha querido tumbar hace dos años. Hace dos años fue falta de irrigación al cerebro. Me recetó Imprufan. Me bajo del camión justamente donde debo. Con el sulfaneformina me pasaba de la bajada, iba y venía. Le dije al doctor, “no me dé sulfaneformina porque necesito levantarme”. No me da miedo morirme dormida, sino quedarme inválida.

F. ¿y aquí no te han hecho pruebas los doctores?

G. no. Ahora en este ojo tengo una catarata que tapa el cristalino y de repente se destapa. Con la explicación que me dió el oculista de aquí, me puso las letras y no veía ninguna..

F. ¿y te habían tomado la prueba de glucosa?

G. sí. Y estaba bien.

F. porque cuando sube la glucosa ves menos y cuando baja, ves más.

G. sí, me hicieron el análisis que porque ya está permitido que tengamos 150 en ayunas. Fui con el doctor para saber de qué graduación son los lentes. Y le dije, ¿por qué ahorita sí veo? . Me puso el aparatote para checar mis lentes. Me puso las gotas y me puso una lucecita. Me dijo que tengo cataratas. Ya no le pienso creer hasta que me vea la doctora que siempre me ve.

F. sí, ya ves que los compañeros dicen que ven borroso cuando les..

G. a mí la doctora me mandó a los laboratorios y me hizo el análisis de tres meses. No sale bien, pero no sale mal. Me dijo, “¡no, bájeme un poquito más, pero no está mal”. Me toca el 19 de éste ir con ella a ver si me dice que tengo la catarata. Está abajo del cristalino y la quitan para poner un vidrio. Y el otro día me dijeron, “¿quién le dijo que no ve?”- La doctora. -¡pues sí ve!”. Veo la tele borrosa. Desde que me dijo la señora que “sí ve”, veo mejor. Otra persona que me tomó un estudio me dijo “no, este ojo ya no te sirve”. Desde hace cinco años que vengo aquí me dijo el doctor que no veo.

F. ¿cómo te afecta?

G. yo digo “¡sí puedo! Y yo creo que me hago tonta. Sí puedo caminar”.

F. como que alguien te dio una opinión y la aceptas y dices “¡sí veo”!.

G. sí, mientras yo pueda caminar, estoy bien. Es una catarata pero que no ha madurado. Yo no sé si me tenga que madurar.

F. ahora con el rayo láser ya no se esperan a que madure. Les quitan la catarata y les ponen el lente y parece que no les molesta, no les duele y andan de maravilla. Antes salían con los ojos vendados varios días y sentían mucho dolor.

G. yo por eso le tenía miedo a la operación. El domingo estuve viendo un programa de los ojos. En lo que me llaman y eso, dejé de ver el programa. Pero dijo (a quien operaron) que estaba viendo mucho mejor. Yo para ver la tele, necesito estar de las 10 en adelante. Más ahora que estuvo mi cuñado. Dije “pobre flaca”. Mi hija la mayor dijo “yo te apoyo mamita, lunes, martes, miércoles yo te apoyo. Pero tiene mamitis y viene conmigo jueves, viernes y sábado. Del domingo al jueves está allá y fue a ver a Jorge y le dejaron su ojo muy bonito. Un trabajo precioso que le hicieron. Se le botó para afuera pero no supieron por qué.

Comentario. Esta persona ejemplifica las dificultades médicas para atender a un tipo de paciente que, por un lado, combina las prácticas de la medicina alópata con la chamánica.

Ella acude con cierta frecuencia a los servicios de un sobador que con una pomada resuelve sus dolores musculares. El problema se complica cuando él le diagnostica principio de infarto, y le receta aspirina.(Tesis)

Ella parece ser sugestionable, aunque el doctor no encuentra alteración en su presión arterial: *“pero dice el doctor que tengo presión de quinceañera”*. (Antítesis)

La Síntesis tendrá que construirla por ella misma, en un momento posterior.

Por otro lado, ella no se adhiere al tratamiento porque, frente a los efectos secundarios de un medicamento, pide al médico otro fármaco: *“ Me bajo del camión justamente donde debo. Con el sulfaneformina me pasaba de la bajada, iba y venía. Le dije al doctor, “no me dé sulfaneformina porque necesito levantarme”*.

Mientras que el médico podría considerarla como una paciente “rebelde” o “difícil”, en otra perspectiva podría ser considerada como una paciente empoderada o conectada con sus propias necesidades y sensaciones corporales y, en ese sentido, responsable consigo misma.

Como paciente, expresa: *“no me da miedo morirme, sino quedarme inválida”*.

Por un lado es sugestionable con el chamán, pero no confía fácilmente, ni en el curandero de otra persona (Shaya Michan), ni con un oculista: *“Me dijo que tengo cataratas. Ya no le pienso creer hasta que me vea la doctora que siempre me ve”*.

En otro sentido, es destacable la labor de **F**, quien no combate su fé en el chamán ni la cuestiona respecto al diagnóstico del “principio de infarto”; deja que ella saque sus propias conclusiones.

Y en el caso de su problema de la vista, sólo le refleja lo que es evidente: *“F. como que alguien te dio una opinión y la aceptas y dices “¡sí veo!”*.

54.

Dra V. ... ¿y ora esto? (F. le da una tarjeta que le dejaron) ¿qué pasó?

F. a ver.. le tengo un mensaje. Vino el doctor a verla.. el doctor, sí lo debe de conocer, él está en Oncología y tiene a su cargo la cosa de enseñanza al paciente. Hace mucho que ha tratado de hacer eso y me ha dicho que si quiero participar. Dijo que en noviembre en el Aquilino Villanueva (auditorio) tienen un curso para pacientes y familiares de pacientes.

Comentario. Actualmente se han generado iniciativas médicas para la Promoción de la Salud, en eventos a población abierta. Desgraciadamente la respuesta del público no es muy numerosa.

Este doctor quiso apoyarse en este grupo para difundir su curso, de tres mañanas de duración.

No supimos si el lenguaje del curso estaba dirigido a población con bajo nivel de escolaridad, lo que en muchas ocasiones es un problema, por ser demasiado técnico y no motivante.

Adicionalmente, los cursos se realizan en días hábiles y se interponen con actividades laborales.

55.

F. ¡Hola, Pepe!

P. ¿se acordó de mí, Dios la bendiga! Ya tengo 18 años con diabetes y 10 años que estoy bien. Me he sentido muy bien. Al estar aquí, quiere decir que me he cuidado. Las complicaciones de la enfermedad, tengo mi hígado inflamado por tanta medicina. Dicen que tengo un linfoma.

F. ¿P, la doctora te dijo que era otra enfermedad?

P. tanto medicamento me afectó el hígado. Tengo diabetes y además esclerosis múltiple.

V. pero eso es independiente. La metformina probablemente.. ¿Cuánto tiempo llevas con diabetes?

P. 18 años.

V. G tiene 27, con 450.....

P. pues no está mal. Hace una semana tuve una opresión fuerte toda la semana y sí me ataca la angustia, el azúcar me subió a 300 y se me estaba complicando con el riñón, el hígado, el agua en los pulmones.

V. yo creo que aquí hay que dividir, porque parece ser que tiene varios padecimientos. ¿Cómo está la diabetes?

P. 118, 110 , tengo más de un año manteniéndolo.

V. ¿y antes del año?

P. 130, 150.

V. ¿ nunca tuvo 200 en ayunas?

P. tampoco.

V. ¿y hay diabetes en su familia?

P. sí.

V. ¿y le dieron la metformina?

P. sí, si tomaba la receta con metformina pero me daba hipoglucemia. Tomo la de la mañana y la de la noche, la de la tarde no. En el Seguro me están cada mes checando. Y yo vine aquí porque tuve mi problema porque tenía problema de hemorroides y aquí sí me atienden y me dan medicina y desde que supe que no debo comer irritantes, me he controlado.

V. ¿en gastro?

P. sí.

V. ¿sólo lo están controlando, no lo operaron?

P. no y aquí me operaron de hernia iatal pero se me abrió y me han catalogado como multi.. porque tengo varias enfermedades y orita vengo a mi problema de mis ojos. Yo he visto que me dan mis gotas y perfecto.. Me dicen sí tiene sus ojos, pero están secos y se le están formando cataratas. Hay que cuidarle su ojo. Vengo cada seis meses y me revisan mi ojo. Nunca me imaginé lo del hígado. Desde diciembre del año....., pero se me hizo en el estudio como un pelo..

F. ¿y tienes dolor?

P. sí.

V. ¿qué tiene en el hígado?

P. hígado graso.

V. mire, generalmente se presenta en personas con mucho sobrepeso.

P. estaba pesando 96 kilos. Pero a pesar de mi dieta no bajaba.

V. a ver, sigamos con el hígado.

P. Ya bajé. 8 kilos. Para mí fueron perfecto. Pero me están dando pastillas de esperactona para el hígado.

V. ¿le explicaron para qué?

P. y la furacenina.

V. ¿sabe para qué?

P. para orinar.

V. es que es para que no se pierda el potasio y otra para el sodio porque en algunos pacientes las combinaciones... ¿quién le dio esos diuréticos?

P. en el hospital.

V. ¿estaba hinchado?

P. de las piernas, de los pies. En gastro me dieron esos medicamentos pero no me explicaron para qué. Me lo tomé dos meses.

V. es un diurético que hace que no se salga el potasio. Viene desequilibrado. ¿Está hinchado nomás de sus piernas?

P. tengo las manos como guantes.

V. ¿y el cuerpo no, y el estómago?

P. como un globo. Ya me fui haciendo un ultrasonido.

V. pero es que usted tiene obligación de preguntar.

P. hay personas, se lo juro así que nomás están contra el tiempo. Le dije, "oiga, también tengo esto" Y me dijo, "me lo hubiera dicho antes". Yo le contesté "pero usted tiene la obligación de leer el expediente". Y se enojó mucho (el doctor que lo atendió). Hay personas que no le checan ni la presión. Yo fui al gastroenterólogo pero no me dijeron nada. Nomás me hicieron la endoscopia. Me iban a punzar. Pero dicen que se puede contaminar el cuerpo y me sacaron 7 litros de agua.

V. entonces sí le hicieron la punción.

P. no, con el puro medicamento. Me dieron esos dolores tan fuertes a media noche.

V. ¿y en las piernas no le dolía?

P. sí, me daban piquetitos y llamé al médico. Me dijo, “es el potasio”. Me mandó una pastilla de potasio pero me afectó el corazón y a la semana fui al médico y me dijo “no las puede tomar mucho tiempo”. Y me volvió a dar a media noche. Me tomé la pastilla, me esperé a que se disolviera y a las cinco de la mañana se me calmó.

V. tiene acitis, agua en el abdomen.... Esto es anasarca porque tiene todo hinchado su cuerpo. ¿es un problema de riñón, de hígado? Y no tiene diagnóstico.

P. me está viendo la doctora y ahí en gastro me da un tratamiento de 8 pastillas de furosamida y bajé de peso.

V. estaba pesando el agua.

P. volví a venir y pesé 3 kilos menos. Me citó la doctora el 13 de noviembre y ya hasta pagué la ficha. Ya compré mi ficha y la ficha de los ojos, a ver si me dan cita para mañana. ¿Quiere que le traiga un informe?

V. martes y jueves, siempre y cuando no se me caiga algo.

F. tráelo....

P el doctor de gastro me citó hasta dentro de un año y para que me dé el medicamento que necesito Estoy tomando ocho pastillas más otras dos. Tengo consulta el 25 y me van a entregar mis análisis. Yo recuerdo cuando me operaron de la hernia iatal, parece que me pusieron sangre y cuando me quitaron la sonda acá venía..

V. ¿en dónde?

P. en la boca, porque me habían cerrado el iato porque no podía comer nada, me ahogaba, no más líquidos ni sólidos ni nada. Yo venía cada ocho días y el doctor se me quedó viendo. Fui a ver a un doctor que se dedica a las yerbas y me preparó un brebaje y me dijo que a los ocho días me iba a aliviar. Orinaba oscuro y mi popó era blanca. A los ocho días se me quitó todo. Ora me acabo de hacer una prueba de hepatitis y sale normal.

V. ¿toma?

P. pues una cuba en una fiestecita.

V.¿ pero toma además de las fiestecitas?

P. no.

F. aunque tenía los ojos amarillos y en la orina..

V. eso es ictericia. ¿Y luego, piedras en el hígado?

P. me dió peritonitis.

V. qué, ¿se le reventó por otra....

P. no recuerdo. Estaba en el Seguro, en el ISSSTE y me pusieron una bolsita para orinar...

V. oiga, espéreme, ¿le dio la peritonitis?

P. es que cuando llegué al hospital a urgencias me tomaron radiografías y me metieron a operar. Sí estaba en el ISSSTE, porque no se dieron cuenta que tenía peritonitis. Me cortaron el intestino.

V. pero ¿por qué? ¿qué tenía?

P. no me acuerdo, fue por oclusión intestinal. Cada 6 meses me dio ese problema de que se me hacían así los intestinos.

V. ¿pero por qué?

P. me dijo el doctor, “te saco porque si no, te mueres aquí”. Estaba en el 306. Me dio mi alta y me estuvo viendo en su consultorio, que estaba en la Roma. Jamás tuve problemas más. Pero le puedo enseñar cómo estoy porque los doctores se sorprendieron. Me dicen “el hombre biónico”. Conté trece operaciones, trece. Estoy vivo gracias a Dios. Entonces el problema de mi hígado tiene que salir a flote pero gracias aquí que vengo. (se desabrocha la camisa y le enseña a la doctora su tórax).

V. ¡Mira nomás cuánta cicatriz!

P. ésta grande de acá fue de la hernia, ésta de la peritonitis..

V. y algo se reventó u ocluyó..

P. por aquí está..

V. ¿y su vesícula?

P. no tengo vesícula, no tengo apéndice. Por eso el doctor dijo “te van a matar aquí, te me vas y te vas a mi consultorio”, fue en 1977. Tengo 54 años. ¿cuántos años hace?

V. son 30, 35 años...

F. te estás abrochando chueco...

P.(se abrocha otra vez los botones y sigue hablando).. fue cuando me hicieron este estudio y me desaparecí muchos años hasta el programa de la doctora Armenta porque tenía poquito que me había dado la famosa diabetes, porque tenía 500 (de glucosa en la sangre); tenía mucha hambre, temblaba y la piel como viejito. Voy a que me chequen y yo veía que me checaba y no me dejaba salir. Me dijo, “¿por qué no me avisó?”. Cuando tiene tan alta el azúcar a veces no se siente. Unos decían que dolía la cabeza pero ni eso..

F. has tenido de todo..

P. Gracias a Dios.. mi hijo se enojó y le dije, “yo ya llegué a los 54 años y estoy vivo”. No me sirve que me digas: por tu culpa, por haber comido esto.. No me sirve que me regañes”. Yo tenía desesperación, sangre rectal, incluso vomité sangre.

V. ¿y no tiene várices?

P. la última endocrinóloga me dijo que tengo várices.

V. quiere decir que la hipertensión está aumentando y que el hígado produce várices y si come papillas de preferencia..

P. ya no como nada tostado..

V. porque se puede reventar..

P. gracias aquí porque fui a buscar a la doctora de endocrinología. Les dije, “vine a que me hicieran favor de ver por qué se me inflamó el estómago”.

V. debe tener líquidos en el pulmón, en el abdomen...

P. orita que estuve internado me dijeron que debo tener agua en el pulmón, pero con las pastillas se me quitó. Me dijeron, “no tengo confianza al laboratorio de aquí, te vas a ir a otro laboratorio a que te saques..... ¡qué bueno porque sí me hubieran puncionado y pudo haber habido contaminación!.. Es que yo usó oxígeno porque tengo EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Porque trabajaba en una fábrica de vidrio porque lo calentábamos hasta que se hiciera chicloso para hacer varillas, jarras, figuras. Yo creo que la contaminación me provocó esto. El negocio es familiar. Se me ocurrió ir a ayudar a mi familia. No fumo. Sí llego a fumar uno o dos cigarros de vez en cuando. Incluso mis hijos no fuman, no toman. Qué bueno porque los cigarros están contaminados, vienen de otros lados. Lo que pasa es que dormido dejo de respirar y despierto así (hace mueca de angustia). Tengo el aparato y tengo mi oxígeno para la noche, pero ahora me lo pongo desde las 4 de la tarde hasta el otro día. Tenía yo dolor de cabeza hasta que me hicieron la prueba de sueño. Ir a alquilar o conseguir uno, cuesta caro. Yo les dije “¡no!, ¿de dónde lo voy a sacar?” Lo bueno es que trabajé en este año. Si me hubiera jubilado no lo hubiera logrado. Me pensioné..Mi esposa me abandonó y se llevó a nuestro hijo. Yo trabajé diez años en el DIF y por no saber qué me hicieron firmar, perdí todos mis derechos. Tengo esclerosis múltiple y estuve diez años con químicos con interferón. La enfermedad se ha portado bien conmigo.

Gracias a Dios porque la enfermedad puede provocar un brote porque es una enfermedad del Sistema Nervioso Central. Es como un cable de luz. Si se llega a cortar el cable, no pasa la luz.

F. ¿por qué no te conectas con nuestro compañero Vicente? Hay un laboratorio que da mucho apoyo para personas con esclerosis múltiple. Los medicamentos se los dan a un precio mucho más bajo.

P. ya estuve en la Asociación. Estoy con el Doctor López Portillo. Se aplica a la enfermedad, pero ahorita no ha brotado. No me decían qué tenía, no podía escribir, ni hablar, por eso perdí mi trabajo. Yo le daba el gasto a mi esposa para mis hijos. Yo me quedé sin dinero y no tenía servicios médicos. Mi esposa empezó a trabajar y se juntó con una viuda que le empezó a decir que por qué estaba con su esposo enfermo y se fue con mis hijos y tuve una depresión tan profunda, que ME QUISE MATAR. Y llegué aquí con JOSEFINA y GRACIAS A LA MEDITACION Y SU APOYO... (reprime el llanto).. aquí llegué también con la doctora Armenta, con el grupo, la familia, SOMOS UNA FAMILIA Y SALI ADELANTE. Y saber a decirle a la gente qué es esta enfermedad y que supieran. Mi familia que me ve, me invita a una fiesta y le digo, “me vas a regalar un pedacito de pastel y ya sé que puedo comer un poco de todo.” El cuerpo pide el dulce a veces, con mucho sudor y ya con el dulcecito en la boca, empiezo a normalizarme. Yo me checo, no diario pero una o dos veces por semana y estoy bien. No tengo el azúcar tan alta. En mis ojos tengo cataratas y a veces no veo bien, pero nada más hasta ahí. Le dije a mi esposa “voy a tomar mi ficha”.

F. si ves a tu esposa..

P. no. Tengo otra. Esa me dejó hace 18 años y mi hijo es abogado y me mandó decir con ella que si quería mi libertad le tenía que dar el 50% de todo. Mi nueva esposa tiene 60 años en noviembre y parece de 35. No tuvo hijos. Es hija única. Nos casamos hace dos meses por el civil y llevo viviendo con ella ocho años y mis hijos la van a ver y le dicen, “doña Julia, si se porta mal lo regaña”. Vivimos tranquilos gracias a Dios y vivimos en paz”. Lo poquito lo juntamos los dos, pagamos gastos y no nos deben nada. Le digo “ tú pídemelo”. Y gracias a Dios, vino su medio hermano y eso fue la presión, se descompuso el refrigerador y ella se fue a comprarlo y dijo “no voy a dejar que se eche a perder mi comida” y el medio hermano llegó y dijo “ya tira tu refrigerador” y le dije “oye, no me vengas a dar órdenes. Yo vivo con ella”. Ya sé que cuando nos vamos (morimos) no nos llevamos nada. Pero a la gente que le he regalado las cosas, me dejan de hablar, pero bueno, “haz el bien y no mires a quién”. Pero que no me diga, “tira tu tv porque está vieja” y le dije a mi cuñado (medio cuñado) “todo lo que ves yo se lo he comprado a tu hermana (media hermana), pero no me vengas a presionar”. Y mi esposa no dice nada, no me da mi lugar, entonces, tampoco...

(F se pone de pie, para meter los posters que difunden el grupo de diabetes en el hospital. Ya es hora de concluir)

V. F, ¿ya están los doctores afuera esperando?

F. No, no hay doctores.

V. ¡ay! Es que hoy termina el curso de cirugía de mano..

P. ¿ya se va, doctora?

V. sí, lo vengo a ver el jueves.

P. ya más o menos me ubiqué. Pero sí quisiera que me dijera la realidad.

V. sí, si se la digo. Después de lo que ha pasado...

P. cualquier cosa, no es nada. Estoy bien. Estoy sano.

V. Vamos a decir, tiene sus achaques como cada uno los tenemos.

P. y tenemos un viaje pendiente.

V. Yo estoy así también. Ando con la cosa de que nos tenemos que operar mis dolencias. Antes nosotros hacíamos cada año un curso en sábado. Lo empecé yo y ahora no sé. Creo que ya no lo hacen.

R. ¿no fueron a la caminata? Está aquí, en Tlalpan... (todos salen del aula. Fin de la sesión).

Comentario. El caso de Pepe es inaudito.

Dentro de sus Pobrezas la de Subsistencia , por mala salud física, es notoria. Tanto, que sus múltiples enfermedades y problemas de salud lo hacen atípico en la perspectiva médica , y lo llaman “el hombre biónico”.

Nombró la diabetes, problemas de riñón, hígado, pulmones, esclerosis múltiple, ya no tiene vesícula ni apéndice, sufre hipertensión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ha

tenido oclusión intestinal, hipoglucemia, hernia iatal, hemorroides, peritonitis, acumulación de agua, cataratas y sobrepeso.

Ahora está diagnosticado con linfoma en el hígado. Ha sido sometido a trece cirugías.

Igualmente, por el ambiente laboral, atentó contra su Subsistencia: *"!.. Es que yo usó oxígeno porque tengo EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Porque trabajaba en una fábrica de vidrio porque lo calentábamos hasta que se hiciera chicloso para hacer varillas, jarras, figuras. Yo creo que la contaminación me provocó esto. El negocio es familiar."*

Respecto a otras Pobrezas, las de Protección (*"te sacó porque si no, te mueres aquí"*) . (Y luego vuelve a mencionar: *" Por eso el doctor dijo "te van a matar aquí, te me vas y te vas a mi consultorio", fue en 1977. " yo vine aquí porque tuve mi problema porque tenía problema de hemorroides y aquí sí me atienden y me dan medicina"*),

Lo que significa que en otra institución a la que asiste, no lo atienden, o no le proporcionan medicamento, y que, en algún momento, en el Hospital no estaba bien atendido. (*" Yo le contesté "pero usted tiene la obligación de leer el expediente". Y se enojó mucho (el doctor que lo atendió). Hay personas que no le checan ni la presión" "el doctor de gastro me citó hasta dentro de un año"*). De Afecto (*"Mi esposa me abandonó y se llevó a nuestro hijo."* *"Y mi esposa no dice nada, no me da mi lugar,"*)

Entendimiento (*"me dieron esos medicamentos pero no me explicaron para qué."* *" Yo fui al gastroenterólogo pero no me dijeron nada". "Pero sí quisiera que me dijera la realidad."*)

Participación. No ejercía o asumía su responsabilidad como paciente: *"que me checaba y no me dejaba salir. Me dijo, "¿por qué no me avisó?". Cuando tiene tan alta el azúcar a veces no se siente. Unos decían que dolía la cabeza pero ni eso.."*

En cuanto a Participación y a la vez Identidad, sus Pobrezas se expresan así: *" Yo trabajé diez años en el DIF y por no saber qué me hicieron firmar, perdí todos mis derechos."* *"No me decían qué tenía, no podía escribir, ni hablar, por eso perdí mi trabajo. Yo me quedé sin dinero y no tenía servicios médicos". Libertad "y mi hijo es abogado y me mandó decir con ella que si quería mi libertad le tenía que dar el 50% de todo".*

En otro sentido, es interesante observar como algunos pacientes combinan la atención de dos o más instituciones de salud IMSS-ISSSTE-Hospital General, de dos o más médicos tratantes con la medicina alternativa (a veces basada en evidencia médicas, a veces fraudulenta): *"Fui a ver a un doctor que se dedica a las yerbas y me preparó un brebaje y me dijo que a los ocho días me iba a aliviar. Orinaba oscuro y mi popó era blanca. A los ocho días se me quitó todo. Ora me acabo de hacer una prueba de hepatitis y sale normal."*

También menciona un caso de Pobreza que, aunque él resolvió, es muy frecuente en la población jubilada; al referirse a la necesidad de un aparato para respirar oxígeno, comenta: *" Ir a alquilar o conseguir uno, cuesta caro. Yo les dije "¡no!, ¿de dónde lo voy a sacar?" Lo bueno es que trabajé en este año. Si me hubiera jubilado no lo hubiera logrado"*

Igualmente, hace referencia a la Patología de la Corrupción, en referencia a los cigarros pirata: *"los cigarros están contaminados"*, a la falta de confianza de los médicos en la propia Institución: *. Me dijeron, "no tengo confianza al laboratorio de aquí, te vas a ir a otro laboratorio a que te saques...."* . *" me dijo el doctor, "te sacó porque si no, te mueres aquí"*. O podría tratarse de otra

práctica corrupta, donde el doctor aprovecha para hacer negocio en su consultorio *“Me dio mi alta y me estuvo viendo en su consultorio, que estaba en la Roma. Jamás tuve problemas más.”*

Respecto a la relación entre el paciente y su familia, es natural la reacción del observador, para que el enfermo se adhiera al tratamiento. Sin embargo, él explica su reacción frente a la presión externa: *“.. mi hijo se enojó y le dije, “yo ya llegué a los 54 años y estoy vivo. No me sirve que me digas: por tu culpa, por haber comido esto.. No me sirve que me regañes”. Yo tenía desesperación, sangre rectal, incluso vomité sangre.”*

Trascendencia.

A pesar de su muy mala salud física, esta persona expresa aspectos de trascendencia muy específicos: *“y tuve una depresión tan profunda, QUE ME QUISE MATAR. Y llegué aquí con F y GRACIAS A LA MEDITACION Y SU APOYO... (reprime el llanto).. aquí llegué también con la doctora Armenta, con el grupo, la familia, SOMOS UNA FAMILIA Y SALI ADELANTE. Y saber a decirle a la gente qué es esta enfermedad y que supieran.”* Trascendió su depresión, su intento suicida, su mala salud física, sus limitaciones, su vulnerabilidad e identificación con el rol de víctima: *“me vas a regalar un pedacito de pastel y ya sé que puedo comer un poco de todo.”* su polaridad nosotros-ellos: *“. Y saber a decirle a la gente qué es esta enfermedad y que supieran.”*, fue más allá de lo que uno pensaba que podría hacer, más allá de lo meramente humano, más allá del miedo, de su propio credo o sistema de valores, de su egocentrismo: *“ . ¿se acordó de mí, Dios la bendiga!”*, del propio pasado, de la enfermedad: *“ Estoy vivo gracias a Dios”*; se hizo independiente de la maldad, *“ le empezó a decir que por qué estaba con su esposo enfermo y se fue con mis hijos” “ Pero a la gente que le he regalado las cosas, me dejan de hablar, pero bueno, “haz el bien y no mires a quién”; de los juicios y opiniones de los demás: “.. No me sirve que me regañes”. del superego freudiano: “No me sirve que me digas: por tu culpa, por haber comido esto”; de la situación presente y de la propia voluntad. Se identifica con los valores- S: “ Ya sé que cuando nos vamos (morimos) no nos llevamos nada.”* Y encarna un símbolo o arquetipo *“el hombre biónico”*. En cuanto a su percepción sobre su calidad de vida, su expresión es: *“Vivimos tranquilos gracias a Dios y vivimos en paz””. Lo poquito lo juntamos los dos, pagamos gastos y no nos deben nada. Le digo “ tú pídemme”*.

La parte final del diálogo con la doctora, revela la Trascendencia en el sentido Taoista de aceptación del mundo natural, o la reconciliación con la muerte y la necesidad de saber la verdad, a toda costa: *“Pero sí quisiera que me dijera la realidad. V. sí, si se la digo. Después de lo que ha pasado... P. cualquier cosa, no es nada. Estoy bien. Estoy sano. V. Vamos a decir, tiene sus achaques como cada uno los tenemos. P. y tenemos un viaje pendiente.”*

56.

F. buen día. ¿cómo estás?

E. Yo soy Eduwiges. Mi hermano chico tiene esquizofrenia. El no quiere cuidarse y vive solo. Lo dejó su familia. Yo vengo de San Luis (Potosí), de la sierra. Tengo 65 años y siempre viví allá hasta que mi hijo más chiquito le dio una embolia por una infección. Tenía un grano en la cabecita y de las inyecciones se meneó mucho y se enfermó. Yo digo que fue polio porque tenía mucha fiebre. Al año tres meses ya no pudo caminar, tenía su pierna flojita. Mi compadre me dijo, *“vamos pa México”*. Y hoy (mi hijo) es maestro de tabla roca. Me casé allá y a los 30 años de casada, viviendo aquí me dejó (el marido) cuando fui a Ciudad Valles con mi hijo. Orita vengo del trabajo, trabajo en casa (en una casa como empleada doméstica), tengo 27 años trabajando ahí. Llegué al consultorio con la Doctora Armenta. Don JG me ha ayudado mucho, lo conocí en el grupo de diabetes. En Ciudad de Maíz vive mi otro hermano, Nabor. Lo traje a la Clínica del Dolor porque tiene neuropatía por

diabetes.

Ellos le dijeron que se iba a morir. Yo me lo traje a urgencias. Y él me dio las gracias y me dijo “tú eres mi madre”, porque soy la que más lo ayuda. Su hija no regresó. Vendía naranjas en la calle y tenía 27 años, cuando dos hombres la levantaron y de esto hace ya cuatro años. Gracias a la Doctora Vargas, que lo atendieron. Pero él lloraba y lloraba, y antes no lloraba porque fue soldado 9 años en un lugar de Durango. Yo lo traía al grupo y lo embarcaba en el Metro, sólo tenía que pasar dos estaciones y ya se bajaba. Y él aprendió a andar en el Metro y me decía, “ya puedo irme yo solo”. Porque de San Luis al pueblo son seis horas. Y él no sabía. Yo soy la mayor de ocho hermanos y ya falleció mi hermana de diabetes de 50 años. Pero ella nunca se cuidó, no quiso. Dijo que ella se iba a morir, pero llena. (comiendo mucho). En Ciudad Valles, tomaba cerveza y refresco. Y ella sí veía a mi hermano de Querétaro, de la Sierra. Yo fui a Xoco (al hospital de Xoco, en D.F.) porque había tomado hartos arroz con leche y me sentí mal. Ahora salgo en 116, 100 y 70 (de glucosa en la sangre) cuando me ve la Doctora Vargas, desde hace tres años. Pero hace más vine a consulta y me tocó con la Doctora Armenta y me dijo “no mijita, te voy a hacer análisis pero quiero que vayas al curso”. Y yo cada ocho días o cada quince días venía al curso. Ya tengo mi diploma. Gracias al azúcar cambié mucho a lo que yo era. Mi hijo me dijo “qué casualidad, ¡cómo ha cambiado!”.

Y también tengo estos documentos (los muestra)

- 25 de octubre del 2008
- 24 de octubre del 2009
- 16 Caminata Nacional del Paciente Diabético
- 17 “Caminata Nacional del Paciente Diabético, A.C. y 3º. de Hipertensión
- 6ª. Carrera-Caminata Tena por una vida plena. México. Junio 3, 2012.
- Yo puedo. Carrera Bonafont 2012.
- 19º. Caminata Nacional del Paciente Diabético y 5º. De Hipertensión. Sábado 8 de octubre de 2011.
- Caminata del INER.

Mi hermano corría en la Sierra Gorda y todavía, y tiene diabetes, hasta salió en el periódico. (enseña el periódico local, donde está la foto del hermano en la premiación) Y él me animó a que yo fuera a estas caminatas, y tengo estas medallas (muestra también las medallas de participación en las caminatas).

Yo lo más alto que llego es a tener 113 de glucosa en la sangre y eso cuando no me he cuidado. Ahora mi hija se enfermó de los nervios por esquizofrenia y dicen que es por la menopausia. Un hijo me dijo “tu hija te está chantajeando, madre”. Pero yo no me dejo, me pongo mala y me vengo (al hospital). Tengo la vejiga caída pero los hilos ya están flojos. Pero yo no sé lo que es un dolor. Yo tengo 6 hijos y 15 nietos y 10 bisnietos. Me casé a los 17 y luego cuando me dejó mi marido me quería morir y me decía “¿pos en qué le fallé?”. Porque mi hija llevó a sobar a su papa y me dijo “mamá, ¿por qué usted no me pide para las medicinas?” “no, mijita, sólo cuando ya no trabaje”. Mi cuñada se fue de trece años con mi hermano, y le dice papá. Mi hermano (no el marido, sino el hermano con esquizofrenia) maltrató a la cuñada (ésta, que se fue de trece años) y le pegó contra la pared del baño y me dio mucho coraje con mi hermano porque ella nos ha dado mucho la mano, ella nos crió como si fuera la mamá. Yo empecé en 2007 o antes con la diabetes. Yo en mi pueblo acarreaba agua y leña, en la sierra. Pero no era cariñosa con mis hijos y ahora sí por el grupo (de diabetes). Ahora que viene la peregrinación de Matlapa a la Villita, y yo les llevo 300 tortas y atoles para la gente que viene del pueblo. Y me ayudan mis hijos y la señora donde trabajo y entonces no me siento mal, me siento constante y ya tengo diez años haciendo esto. El traía gente y mi hijo me lo pidió (que los apoyara con alimentos). Tengo una nieta con un tumor de seis kilos

apenas hace tres años. La traje aquí al hospital y lo tenía en el pecho y le dije, “vente mamacita, por urgencias”. La metí y ya no salió. Le vino el sangrado de ocho meses y en la noche nació su bebé y a los tres días le operaron su pecho. Aquí (en el hospital) me siento que sé todo del movimiento, como cuando traje a mi hermano. Don José me ayudó a pasarlo con la Doctora Vargas aquí y Carmelita (la enfermera). Y la Doctora le regaló a mi hermano para un medidor de glucosa, al que le robaron a su hija. Y llegaba muy contento porque decía que oía muchas cosas en el grupo (de pacientes diabéticos). Me decía “yo troto, mijita, y me siento mejor”. Le quedaron un nieto de quince años y uno de dos. El más grande, se quedó con él. El (el nieto del hermano), con unos amigos se metieron a robar. Y a mi hermano le quitaron su camioneta y me pidieron ayuda para sacar al nieto de la cárcel. Y mi hijo les dijo “no, mi mamá no ayuda para sacarlo de la cárcel, sólo cuando están enfermos”. Porque uno les habla bonito y no obedecen cuando uno les da consejos buenos. Yo les decía (a mis hijos) “el día que caigas a la cárcel por andar tomando, no tienes madre ni padre. Yo no te voy a volver a ver en la cárcel”. Y él ahora me dice “gracias a usted, soy lo que soy”. Yo me siento bien, me siento contenta. Pero yo no quería a los niños (ajenos), me daba mucho coraje y decía “¿por qué ellos están bien y mi niño no?”. Gracias al Hospital Infantil ahí me le daban muchas operaciones. Tiene 18 operaciones y él se arrastraba. Al último iba a ser su cadera pero no quise porque ya estaba grande. Así que yo aprendí a querer a la gente cuando mi’jo ya empezó a caminar. “¿por qué mi hijo no y otros hijos estaban sanos?” Ahora tengo ganas de venir (al grupo), me siento bien aquí. A veces madrugo para hacer mi comida porque estoy muy contenta, salgo contenta. Antes me decía la señora (su patrona) “ya no llores hija, él no quiere vivir contigo” (cuando su marido la dejó). Mi hijo el mayor me agredía mucho porque su papá se fue. Y yo le decía “tú, mijito tienes mucho rencor y tú tienes que sacarlo”. Eso lo aprendí del grupo. Y también le dije “levántate, vamos a ver a tu cuñado para que hables con él, pero yo no quiero groserías” y atrás de él lo iba presionando y no lo dejaba agredir a la gente. Y al final le dijo “¡Qué bueno, cuñado que tú me adviertes algo!” Yo recibo mucha ayuda de mis familiares, de mis hijos. Y en el hospital es una alegría traer a mis hermanos para que se atiende de sus ojos. Yo les traigo su atole y sus tortas. Yo cumplo con traerles; de salchicha, con cebolla y ajito y el atole de masita con chocolate, con cocoa. Compro un kilo. Y en el grupo para eso le enseñan a uno a hablar y a para estar uno abierto de sus cosas porque está uno ignorante. Yo hablo, toco y pido ayuda.

Comentario. En relación a sus Pobrezas, esta señora, de 65 años, describe su carencia de Subsistencia (salud física deteriorada por diabetes y vejiga caída) Entendimiento (sólo llegó a tercero de primaria), Afecto (abandonada por su marido e inicialmente agredida por su hijo, no expresaba afecto a sus hijos) Participación (no quería a la gente porque su hijo era diferente).

En su relato surgen Patologías colectivas, presentes en su familia: la inseguridad por desapariciones forzadas (su sobrina a la que: “*dos hombres la levantaron y de esto hace ya cuatro años*”), la violencia física que pasa de padres a hijos, relacionada o no a enfermedades: el encarcelamiento por robo, el abandono a la mujer, la ignorancia y falta de autocuidado y autoestima, la falta de cultura preventiva en salud, el alcoholismo, los deficientes servicios de salud en áreas rurales.

Por otro lado, llama la atención el modo en que esta señora, que llegó hasta tercero de primaria en la sierra de San Luis Potosí, se explica la enfermedad de su hijo: “*mi hijo más chiquito le dio una embolia por una infección. Tenía un grano en la cabecita y de las inyecciones se meneó mucho y se enfermó. Yo digo que fue polio porque tenía mucha fiebre.*”. Al año tres meses ya no pudo caminar, tenía su pierna flojita.”

Y contrasta con la claridad con la que conoce los síntomas de la diabetes: “*Lo traje a la Clínica del Dolor porque tiene neuropatía por diabetes.*” Es notorio su cambio en la terminología y la

percepción con respecto a síntomas de salud-enfermedad y su conocimiento de las opciones que el hospital le ofrece.

En relación al diagnóstico de esquizofrenia de la hija, su explicación vuelve a sonar imprecisa: *“Ahora mi hija se enfermó de los nervios por esquizofrenia y dicen que es por la menopausia”*

En relación al Programa, lo que ha internalizado, entre otros aspectos, es la importancia del autocuidado en salud, y así menciona: *“El no quiere cuidarse.”. (su hermano). “ y ya falleció mi hermana de diabetes de 50 años. Pero ella nunca se cuidó, no quiso. Dijo que ella se iba a morir, pero llena. (comiendo mucho). En Ciudad Valles, tomaba cerveza y refresco.”*

Respecto al efecto de su participación en el grupo, expresa, *“ Gracias al azúcar cambié mucho a lo que yo era. Mi hijo me dijo “qué casualidad, ¡cómo ha cambiado!”. Y en el grupo para eso le enseñan a uno a hablar y a para estar uno abierto de sus cosas porque está uno ignorante. Yo hablo, toco y pido ayuda. . Y yo le decía “tú, mijito tienes mucho rencor y tú tienes que sacarlo”. Eso lo aprendí del grupo. ?” Ahora tengo ganas de venir (al grupo), me siento bien aquí. A veces madrugo para hacer mi comida porque estoy muy contenta, salgo contenta.”*

Igualmente, en el caso de su hermano relata el efecto de su asistencia al grupo: *“Y la Doctora le regaló a mi hermano para un medidor de glucosa, al que le robaron a su hija. Y llegaba muy contento porque decía que oía muchas cosas en el grupo (de pacientes diabéticos). Me decía “yo troto, mijita, y me siento mejor”*

Se convirtió en un miembro muy importante en su familia, porque puede ofrecerles hospedaje cuando vienen al hospital, y porque los orienta con respecto a los trámites administrativos, porque ha adquirido una cultura de autocuidado y conexión con su cuerpo, que le permite reconocer síntomas y decidir cuando es necesario un tratamiento: *“ Y en el hospital es una alegría traer a mis hermanos para que se atiende de sus ojos” “Tengo una nieta con un tumor de seis kilos apenas hace tres años. La traje aquí al hospital y lo tenía en el pecho y le dije, “vente mamacita, por urgencias”, . Aquí (en el hospital) me siento que sé todo del movimiento, como cuando traje a mi hermano”.*

Así que en relación a la trascendencia, transformó su percepción del problema de su hijo, de la “injusticia” a la aceptación y logró ser cariñosa con sus hijos y aceptar el destino. Se pone generosamente al servicio de otros, al preparar tortas y atole para los peregrinos de Matlapa. Apoya a los miembros de su familia, llevándolos al hospital e involucrándose en los trámites administrativos que ella sabe hacer.

Trascendió el dolor de saberse abandonada, así como la agresión y el rencor de su hijo,

Generó una conducta de autocuidado al asistir al hospital cuando no se siente bien.

57.

F. Vamos a ensayar las canciones que cantaremos en el desayuno.

1 (con la música de la melodía de la cucaracha),

Esta glucosa

Esta glucosa

Yo la voy a controlar

*Porque me sube porque me baja
Y me puede afectar.
La diabetes no te mata
No te vayas a espantar
Es la falta de cuidado
Lo que debes evitar.
Cuidando mis alimentos
Y saliendo a caminar
Me doy cuenta lo que siento
Y lo puedo manejar
Esta falta que yo tengo
Me produce ansiedad
Pero con lo que aquí aprendo
Vivo con felicidad
Aceptando lo que tengo
Y aprendiendo a cuidar
Esto me hace los mandados.*

2. (Con la música de la melodía de Las Mañanitas).

*Hoy que está aquí todo el grupo
Quiero yo testimoniar,
Que la calidad de vida
Se puede incrementar.
Evitando los excesos
Incluso en el descansar
Tomando medicamentos
Mejora mi bienestar.
Y cuando estoy deprimido,
Ya aprendí como salir
Si respiro y visualizo
Pronto vuelvo a sonreír.
Y a pesar de la diabetes
Tengo la oportunidad
De crecer y conocerme
Y vivir con calidad.
(después del ensayo).*

F. También nos podemos divertir y ese es un secreto que debemos descubrir.

Tengo pesares, enfermedades, pero también puedo vivirlos y comentarlos sin tanto drama, más ligero. Es diferente vivir con dolor; la vida me lo presenta y se va diluyendo. Pero el sufrimiento es un opción cuando yo deseo ser víctima de lo que me pasó, y decimos, “cómo quieren que esté contenta si tengo diabetes; cómo quieren que esté contenta si me va mal en el trabajo”. Pero sabemos que, con todo lo que me pasa, yo puedo salir y seguir con fuerza con todo. Me enfrento a los problemas pero con ánimo, porque reírnos, hablar, nos aligera y alienta. Nos da fuerzas para seguir adelante.

Yo tuve un primo hermano al que le cortaron la pierna por no cuidarse la diabetes; no digo que fue bueno que no se cuidara, pero me dijo: “puedo volver a bailar porque me voy a poner mi prótesis y para tu cumpleaños voy a bailar” y así lo hizo. Está bien dejarnos caer un momento pero ¿de dónde tomamos energía? De nuestro centro, de la fé en la chispa espiritual, todo lo que me hace recogerme de la nada. Ustedes ¿de dónde toman fuerza?

L.De aquí, del grupo.

S.De tu propia actitud, de adentro.

B.Recordando el grupo y las palabras que aquí dijimos.

F. Yo quiero decirles que hay infinitas posibilidades, la energía está en el éter, está en todo, puedes abrazar un árbol, respirar y tomar energía. Si nos doblamos y soltamos la respiración, ahí tomamos energía. Si me descalzo en el pasto, con la intención de tomar energía; si me dicen “aquí hay energía” y yo no me abro, no la puedo tomar. Algunas iglesias tienen energía.

G. ¿pero no vayan el 12 de diciembre a la Basílica o el 28 a San Judas!

F. Cada quien va encontrando dónde. Vean una puesta del sol o en el campo, cuando sale el sol o la luna es como si un gran motor se encendiera. La energía que está en Todo y en todos y nos da fuerza.

Aquí venimos a enfrentar la enfermedad, el dolor acompañado de depresión, desolación, la enfermedad es de este tamaño pero toda la emoción alrededor es más grande. Entonces necesito respirar y tomar energía para que esté fluyendo. Vamos a hacer esto que necesitamos y no esperar a que estemos peor. Está muy de moda tomar vitaminas; tantísimas que hay, nada más prende la televisión y lo van a escuchar. Pero la mayor vitamina soy yo misma. Incluso hay una campaña en contra de adquirir tanta vitamina.

Dra. Claro que sí. La C yo podría decir que es una buena vitamina. Nos ayuda bastante. O hay la efervescente (Redox, si no hay presión alta porque tiene sodio. Y muchas vitaminas provocan intoxicaciones, sobre todo la vitamina D. Si yo tengo avitaminosis, la vitamina B12, B6, entonces es una pregunta cuando el paciente va “oiga doctora, ¿no me receta vitaminas para sentirme mejor?. Pero no las necesita. En un momento dado puede hacer daño y vienen en los alimentos y que el paciente se convenza que no la necesita y salen tristes o enojados.

F. Entonces con todo esto que dice la doctora decimos, ¿qué hago cuando estamos apachurrados? ¿de dónde tomamos energía, apoyo, en lugar de ir a comprar una vitamina?. Esto que hicimos hace un momento de cantar, nos da fuerza.

M. Hay una canción de la sonrisa, o risoterapia. “una sonrisa puede más que un grito, puede más que todo. Si te sientes triste, si te sientes solo busca una sonrisa que te haga feliz” (todos cantan).

F. Estamos hablando de los modos de encontrar energía y dentro de nosotros están los cuatro elementos, todo lo que somos y tenemos que: “tierra es mi cuerpo, agua es mi sangre, aire mi

aliento y fuego mi espíritu”. Cada uno tiene más apego o más fuerza en cada uno de los elementos. Entonces sería interesante que viéramos con cuál nos identificamos más y saber a qué nos inclinamos más. Canten y sientan dónde vibran más. ¿Quién sintió más vibración en el aire, fuego, agua o tierra? Muy bien, entonces todos tenemos los cuatro elementos. Entonces, ¿qué tenemos que hacer? Si soy fuego, no me voy a dejar caer, de ahí tomo energía. Decimos, “sentí padrísimo porque empezó a llover”. Otros decimos, “cuando me da la brisa en la cara, me siento más fuerte”. Todo lo usamos para sentirnos mejor cada día, para sentirnos más fuertes, no castigados. Todas son lecciones. Acuérdense que estamos en un planeta escuela. Cuando nos preguntamos qué aprendí hoy y a veces no lo hacemos. Pero veamos: ¿qué has aprendido de lo que has ido viviendo? No, esta vida es una friega, pero también hay mucha emoción, mucho positivo. Es como ir a la escuela y decir “yo nada más aprendo de los coscorrones del maestro”.

V. o del recreo, ja,ja (todos ríen)

F. Y dicen que en los últimos segundos de vida se ve como una película de toda nuestra vida. Y si veo todo lo que no aproveché, entonces ¿qué puedo hacer? Vivir hoy, estar aquí en este momento. Vivir hoy pero dándome cuenta de todo lo que aprendo, lo que percibo cada día, día tras día.

B. Dice el dicho “hoy vive como si fuera el último día de la vida”.

F. Así es. Tenemos hoy el gran gusto de ver a la nutriólogo Hilda Ayala, quien es parte del equipo fundador de estos grupos, junto con la Dra. Armenta y la Dra. Vargas para apoyar a los pacientes y familiares. Es un regalazo de aniversario que les damos, que hoy venga acá. Bienvenida Hilda.

H. Sí, gracias.

Comentario. Los fragmentos siguientes son la síntesis ideológica de la facilitadora y asimismo sustentan la filosofía de Cálevi. Resumen la condición del paciente y el objetivo del grupo de apoyo. Y como puede notarse, son también perspectivas fundamentales de la psicología Transpersonal.

Dichas de modo simple y sencillo, están al alcance de cualquier persona, independientemente de su grado de escolaridad y cultura: *“Aquí venimos a enfrentar la enfermedad, el dolor acompañado de depresión, desolación, la enfermedad es de este tamaño pero toda la emoción alrededor es más grande. Entonces necesito respirar y tomar energía para que esté fluyendo. Vamos a hacer esto que necesitamos y no esperar a que estemos peor. Tengo pesares, enfermedades, pero también puedo vivirlos y comentarlos sin tanto drama, más ligero. Es diferente vivir con dolor; la vida me lo presenta y se va diluyendo. Pero el sufrimiento es un opción cuando yo deseo ser víctima de lo que me pasó, y decimos, “cómo quieren que esté contenta si tengo diabetes”. Todo lo usamos para sentirnos mejor cada día, para sentirnos más fuertes, no castigados. Todas son lecciones. Acuérdense que estamos en un planeta escuela. Cuando nos preguntamos qué aprendí hoy y a veces no lo hacemos. Pero veamos: ¿qué has aprendido de lo que has ido viviendo? Y dicen que en los últimos segundos de vida se ve como una película de toda nuestra vida. Y si veo todo lo que no aproveché, entonces ¿qué puedo hacer? Vivir hoy, estar aquí en este momento. Vivir hoy pero dándome cuenta de todo lo que*

aprendo, lo que percibo cada día, día tras día. Está bien dejarnos caer un momento pero ¿de dónde tomamos energía? De nuestro centro, de la fé en la chispa espiritual, todo lo que me hace recogerme de la nada”.

Estas frases implican el salto de la identidad personal de cada individuo, a la posibilidad de adentrarse a su identidad transpersonal, al Self, o a la conciencia del alma, en términos de De León.

Enfatizan la labor que cada persona puede hacer para trascender sus pobrezaas.

Asimismo explora los recursos internos con que cuenta cada ser, en su viaje hacia la liberación.

Igualmente subrayan la necesidad de tomar energía cuando la experiencia de enfermedad, emociones atoradas, etc están presentes.

También es interesante notar cómo, cuando la facilitadora está trabajando con la metáfora de las vitaminas, la doctora retoma el asunto y lo enfoca desde su perspectiva. Y se refiere a una reacción emocional del paciente: *“ y que el paciente se convenza que no la necesita y salen tristes o enojados.”*

Por otro lado, muestran también un ambiente festivo y el humor que es frecuente, y la risa compartida como experiencias grupales que unen y sanan aflicciones.

Es notoria también la creatividad de la facilitadora que, con muy buen humor, generó letras a las melodías tan conocidas como “Las Mañanitas” y “La Cucaracha”. Estas letras llenan de ánimo gozoso a los participantes.

58.

DESAYUNO DEL 15 ANIVERSARIO DEL GRUPO.

AGRADECIMIENTOS.

Familiar. Buenos días a todos ustedes. Un agradecimiento a todos, las Doctoras. Yo no conocía este grupo. Lo encontré en el hospital, en oftalmología. Ella (señala a una paciente) me invitó y me canalizó con la Doctora Vargas. Y agradezco a la Dra. Villalobos. Mi esposo es diabético, es un esposo muy rejego. Se había clavado un fierro en el pie y llegó muy mal y los compañeros se encargaron de decirle a mi esposo y lo canalizó a traumatología y mi esposo no perdió su pie y ni cicatriz tiene y lo operaron y supuraba y estaba muy grave. Gracias a los doctores y compañeros y a la señorita de la cara alegre y los ojos pispiretos, que me trajeron a este lugar. Gracias.

JD. Bueno, ahoy les digo buen día. Yo quiero agradecer a la Dra. Vargas y a la Dra. Armenta aunque no esté, el pensamiento llegará hasta ella. Gracias,¿ no?, a todos. Le doy gracias a Josefina por esas pláticas que nos han hecho comprender lo buena que es la vida. Y les agradezco.

L.Yo soy LTS, para los que no me conocen. Yo llegué hace cuatro años aquí a través de nutrición por RC, que no está. Justo ese día se lanzaba la convocatoria para pacientes diabéticos. Después de cuatro años no me operé de los juanetes. Este es un equipo con muchas personas.

Cumplimos 15 años. A nombre de los que hoy nos reunimos para concelebrar el grupo de apoyo a los diabéticos. Que el Dador de la vida sana les multiplique sus atenciones. Sin el staff nosotros no seríamos lo que somos. Otra cosa que me pasó a mí es que superé muchas cosas de la muerte de mi hermano que murió por complicaciones de diabetes. He visto que el trato de la Dra. Villalobos, si todos fueran como la Dra. Villalobos, otro sería el Hospital General.

F. Hace quince años un grupo de personal médico y de salud se reunió para iniciar este programa, en el Curso-taller para pacientes diabéticos y sus familiares. A éste fui invitada a colaborar con ellos y he tenido puro gozo, el gozo no es por la enfermedad en sí, sino lo que se aprende de ella. La enfermedad no es sólo del cuerpo, sino del alma. Y la calidad de vida empieza con la aceptación de nuestra enfermedad. Hemos visto nuestros avances para manejar nuestras emociones, sobre todo la depresión. Pero no nos juzguemos por lo que sentimos, tenemos que aprender a expresar y descargarlos para que no nos afecten. Tenemos muchos recursos internos frente a la enfermedad. El programa ha sido una herramienta y si sé lo que le pasa a mi organismo y conozco mis emociones, puedo salir de la depresión. Las circunstancias de la vida se nos presentan por designios que van más allá de nosotros, pero nuestra responsabilidad y nuestras respuestas sí dependen de nosotros. Las circunstancias adversas tomémoslas como retos, preguntando dónde está mi sapiencia para salir adelante. Si me hago responsable de lo que me pasa, puedo ser un apoyo para mí y para otros. Con esto y con verlos, me siento más que emocionada y satisfecha de quince años de trabajar y compartir con ustedes. Para mí es fácil venir porque esto me da plenitud. También entiendo el esfuerzo de las doctoras quienes, pese a su jornada de trabajo, usan 1 o 2 horas más para nosotros, y también el esfuerzo de cada uno para desplazarse de sus lugares, para venir 1 o 2 horas a la semana. Nos vamos convenciendo que el trabajo en grupo hace todo más fluido. Sola es más difícil. No voy a dar gracias en especial a nadie pero mi corazón está agradecido con cada uno, pero recuerden que nadie, nadie ocupa el lugar de ustedes.

Gracias a la vida que nos ha dado tanto, y a los que no están aquí porque ya se nos adelantaron, también están aquí con nosotros. De veras, de corazón gracias y ojalá no esperemos un año para volver a vernos. Siempre hay lugar para ustedes.

Comentarios. He aquí la expresión agradecida del familiar, que habla de las Pobrezas de Supervivencia, Entendimiento y Participación del paciente, con muy poco autocuidado; y a la vez reconoce la trascendente labor de los participantes, quienes comparten sus conocimientos y experiencias con los recién llegados: *“ Mi esposo es diabético, es un esposo muy rejego. Se había clavado un fierro en el pie y llegó muy mal y los compañeros se encargaron de decirle a mi esposo y lo canalizó a traumatología y mi esposo no perdió su pie y ni cicatriz tiene y lo operaron y supuraba y estaba muy grave.”*

Asimismo, es curiosa la definición de una persona atractiva como: *“la señorita de la cara alegre y los ojos pispiretos”* .

Los pacientes, en la voz de uno de ellos, reconocen la labor de las doctoras y realzan la significativa participación de la facilitadora y el resultado del proceso: *“Le doy gracias a Josefina por esas pláticas que nos han hecho comprender lo buena que es la vida.”* Esta frase implica la elevación en la calidad de vida de los pacientes, al mejorar su percepción y satisfacción existencial.

Otra participante, en su doble condición de paciente y familiar, expresa lo que ha obtenido del grupo: *“Sin el staff nosotros no seríamos lo que somos. Otra cosa que me pasó a mí es que superé muchas cosas de la muerte de mi hermano que murió por complicaciones de diabetes”.*

También es interesante como, en esta labor de reconocimiento del paciente al personal médico, hay un dejo de crítica por contraste con la baja calidad de atención que reciben de otros médicos: *“. He visto que el trato de la Dra. Villalobos, si todos fueran como la Dra. Villalobos, otro sería el Hospital General.”*

En otro sentido, la Facilitadora durante quince años, elemento central en la labor de educación, acompañamiento, modelaje y el más importante factor de influencia social en el grupo, condensa así la labor del grupo: *“La enfermedad no es sólo del cuerpo, sino del alma. Y la calidad de vida empieza con la aceptación de nuestra enfermedad. Hemos visto nuestros avances para manejar nuestras emociones, sobre todo la depresión. Pero no nos juzguemos por lo que sentimos, tenemos que aprender a expresar y descargarlas para que no nos afecten. Tenemos muchos recursos internos frente a la enfermedad. El programa ha sido una herramienta y si sé lo que le pasa a mi organismo y conozco mis emociones, puedo salir de la depresión. Las circunstancias de la vida se nos presentan por designios que van más allá de nosotros, pero nuestra responsabilidad y nuestras respuestas sí dependen de nosotros. Las circunstancias adversas tomémoslas como retos, preguntando dónde está mi sapiencia para salir adelante. Si me hago responsable de lo que me pasa, puedo ser un apoyo para mí y para otros.”*

Y con respecto a la actitud y motivación trascendente de la facilitadora, con un intento puro y sin el ego que busca reconocimiento o ganancias ajenas a su labor altruista, escuchamos: *“A éste fui invitada a colaborar con ellos y he tenido puro gozo, el gozo no es por la enfermedad en sí, sino lo que se aprende de ella. . Con esto y con verlos, me siento más que emocionada y satisfecha de quince años de trabajar y compartir con ustedes. Para mí es fácil venir porque esto me da plenitud. Nos vamos convenciendo que el trabajo en grupo hace todo más fluido. Sola es más difícil.”* Esta última frase, nos habla de la identificación de un satisfactor sinérgico.

Asimismo, la facilitadora reconoce el esfuerzo, tanto del equipo médico como de los propios participantes, ya sea pacientes o familiares: *“También entiendo el esfuerzo de las doctoras quienes, pese a su jornada de trabajo, usan 1 o 2 horas más para nosotros, y también el esfuerzo de cada uno para desplazarse de sus lugares, para venir 1 o 2 horas a la semana.”* Esta actitud nos ejemplifica la visión expandida de la facilitadora, quien trasciende su propia labor, para reconocer los esfuerzos de otros.

59.

H.Venimos de San José Apulco. Vemos gente tan puntuales como ustedes y los doctores, en cambio, llegan muy tarde.

Comentario. Dentro de los estándares de calidad actualmente utilizados en los ambientes hospitalarios, el tiempo requerido para obtener la atención médica es un indicador importante.

En el caso del Hospital General, desgraciadamente, el tiempo de traslado de los pacientes, más el tiempo de espera para ser atendido rebasa, según los usuarios, las tres horas. Es lamentable el número de horas perdidas o “invertidas” en este rubro.

Y en algunos casos, los pacientes no reciben atención porque el médico no llegó, se fue a una junta o nadie sabe dónde localizarlo.

Un caso que raya en lo vergonzante, es el de una doctora que abiertamente admitió que no se presenta a trabajar el día que su carro no circula. Y amparada en su amistad con alguien del Sindicato, deja a sus pacientes sin atención. Otra vez tenemos presente a la burocracia como un satisfactor violador, o destructor.

CAPITULO X.

CONCLUSIONES.

“Sólo sé que no sé nada”.

“No se puede saber nada con absoluta certeza”.

Sócrates.

- 1) Un programa para adhesión al tratamiento dirigido a público de baja escolaridad, no es eficiente por la información dada, sino por el factor emocional y espiritual explorado. Y, sobre todo, por el trato dado a los asistentes, por parte de los facilitadores. Cuando nos referimos al factor espiritual, queremos decir estimular la capacidad de trascendencia de cada individuo. Esto significa la posibilidad de descubrir que su identidad es mucho más de lo que hasta entonces ha supuesto. Y es también experimentar que tiene muchos más recursos internos y externos para afrontar un problema de salud y que puede utilizar esta circunstancia para transformar hábitos, costumbres, sistemas de creencias, modos de relación intra e interpersonal, sentidos y significados de vida.
- 2) La adhesión al tratamiento, como objetivo de un programa, no se logra inmediatamente ni en el corto plazo; es un proceso reeducativo que requiere de la repetición de contenidos pero, sobre todo, del desarrollo de habilidades y del acompañamiento constante de un grupo.
- 3) Los contenidos de un programa para elevar la calidad de vida, confrontan sistemas de creencias de los participantes y por ello requieren de la perseverante presencia de quienes encarnan los nuevos conceptos.
- 4) Barreras al tratamiento.

Las barreras al tratamiento no son sólo procesos individuales que dependen de la voluntad o el control del paciente y/o familiares, sino que involucran un proceso social, inmerso en una combinación de factores económicos, políticos, institucionales, culturales y que, en algún sentido, reflejan la vida de una colectividad. Así tenemos, en el caso de los pacientes y familiares objeto de estudio, que las barreras al tratamiento son:

 - a) Las largas filas para entrar al hospital, que desaniman la asistencia al grupo.
 - b) La gran demanda de citas médicas, que son dadas mucho tiempo después de solicitadas.
 - c) El trato inadecuado del médico y personal de salud. Quince minutos para atender a un paciente no necesariamente resulta una buena alternativa para orientar y “acompañar” con calidad al enfermo.
 - d) La falta de recursos económicos del usuario, para transportarse y adquirir los medicamentos necesarios.
 - e) La carencia de tiempo del paciente para acudir a las citas, por tener que trabajar o atender el hogar u otras actividades.

- f)** Las resistencias psicológicas del paciente para cambiar su estilo de vida.
 - g)** La falta de insumos del hospital, como reactivos de laboratorio.
 - h)** Los obstáculos administrativos de la institución, para difundir abierta y eficientemente el programa de apoyo.
 - i)** La oferta de “alimentos” fuera del hospital, que no necesariamente corresponden a las recomendaciones de nutrición de los especialistas: puestos de comida con exceso de grasa, elevados carbohidratos y condiciones no higiénicas para su consumo “in situ”.
 - j)** Las condiciones físicas de deterioro de calles y parques donde la población podría ejercitarse y que en numerosos casos, predisponen a caídas y heridas.
 - k)** Los niveles de contaminación del aire, a veces francamente peligrosos, de esta ciudad y otras localidades. Especialmente en invierno, las autoridades frecuentemente alertan a la población sobre los peligros de realizar actividades al aire libre. Así se dificulta la recomendación médica de ejercicio.
 - l)** La inseguridad por delincuencia, que no favorece la actividad física e incluso recreacional.
 - m)** La falta de cultura cívica que genera elevados índices de accidentes por atropellamiento o caídas a deportistas como ciclistas, corredores, etc.
 - n)** La lejanía de algunas poblaciones de origen o proveniencia, de usuarios o posibles usuarios del hospital; lo que dificulta las asistencias frecuentes y puntuales a citas médicas.
 - o)** El desempleo y subempleo de un porcentaje de la población usuaria.
 - p)** La baja escolaridad de los pacientes, que complica la educación para la salud.
 - q)** La carencia de inteligencia emocional de la población en general, que es resultado del énfasis en el uso de la razón y lógica, en los procesos educativos. Esto incapacita al paciente para el manejo del estrés y por supuesto, en habilidades de expresión y descarga emocional.
 - r)** La violencia intrafamiliar que deteriora las habilidades cognoscitivas y emocionales de pacientes y familiares.
 - s)** La falta de habilidades de comunicación, de negociación de conflictos, de asertividad en el individuo promedio en México.
 - t)** La cultura alimentaria en nuestro país, no solamente porque no es saludable sino porque su función básica está enlazada a la satisfacción emocional y social. Comer se confunde con nutrición emocional, placer y satisfacción inmediata; asimismo, comer es el escenario más frecuente para las relaciones sociales.
 - u)** El deterioro del estado físico en las instalaciones del hospital (baños que no funcionan, falta de ventilación en el aula, muebles viejos y arrumbados, falta de agua) ; y condiciones insalubres (frecuentemente el aula está sucia, desarreglada).
 - v)** Conflictos e intrigas de agentes cuya actitud y conducta dificultan el funcionamiento del grupo.
- 5)** La calidad de vida es un concepto conformado por: **a)** factores objetivos. Adhesión al tratamiento, es decir, glucosa, triglicéridos, colesterol, presión arterial, en niveles normales, (de acuerdo a las Normas Oficiales respectivas), peso e índice de masa corporal adecuados,

estilo de vida saludable: dieta, ejercicio, manejo del estrés, manejo emocional sano (descarga y expresión emocional); sistema de creencias que implique el reconocimiento y, hasta donde sea posible, satisfacción adecuada de necesidades; relaciones sociales nutritivas y ambientes óptimos. Y **b)** factores subjetivos (percepciones sobre satisfacción de vida, de salud, bienestar). En este sentido, explorar los sistemas de creencias, el significado de las historias personales, el sentido que la familia y el paciente le dan al problema de salud, la jerarquía de necesidades en cada individuo, las motivaciones, objetivos y metas personales, los recursos internos de cada ser humano para afrontar sus circunstancias, son muy importantes para elevar su calidad de vida. La resultante de esta combinación de factores objetivos y subjetivos, puede ser modificada a través de un proceso grupal reeducativo, democrático e incluso divertido.

- 6) La Matriz de necesidades y satisfactores de Manfred Max-Neef, es un esquema multifactorial suficientemente amplio y abierto para poder explorar las perspectivas y estilos de vida de diversas poblaciones. En este caso, ha sido útil para explorar las Pobrezas (entendidas como carencias y potencialidades) de los pacientes y familiares que asisten al Programa de Apoyo al paciente con diabetes mellitus y sus familiares, en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".
- 7) Sin embargo, las necesidades de Trascendencia, que Max-Neef no consideró mayoritariamente presentes en la población, son incorporadas por esta autora, igual que las necesidades de Liberación y Transmutación. Asimismo, incorporé otras necesidades consideradas por Ana María González y Carlos de León, en su matriz.
- 8) Para fines de este estudio, las necesidades de Trascendencia, fueron especificadas en 35 modalidades, de acuerdo con Maslow.
- 9) De este modo, consideramos que la mejor metodología para elevar la calidad de vida de la población estudiada, es la que promueve CALEVI (Calidad Excepcional de Vida) y que consiste en enfatizar la Trascendencia. Esta metodología (inspirada en la segunda pirámide de Maslow, en Simonton y Siegel pero sobre todo, en el modelo de Ontogonía de Carlos de León) permite asumir las Pobrezas, expresarlas pero sobre todo, abrir la opción de Trascenderlas. El mejor modo de impulsar la Trascendencia es incrementando la consciencia de los participantes, a través del método dialéctico, de la expresión y descarga emocional, de la confrontación y creación de un nuevo sistema de creencias, del desarrollo de habilidades para el autocuidado, y de la práctica de nuevos estilos de vida. La variedad de técnicas de visualización, relajación, meditación, expresión emocional, armonización inter-hemisférica, han sido inspiradas en la visión transpersonal de la psicología así como en la creatividad de la facilitadora.
- 10) El Programa de Apoyo al paciente con diabetes mellitus y sus familiares, ha significado un ensayo exitoso de colaboración entre una Institución Pública y una Privada. La participación del personal de salud (médicos especialistas, nutriólogos, enfermeras) del Hospital y el

personal de Calevi (psicoterapeutas y facilitadoras de grupo) ha generado un beneficio para todos los participantes. También algunos representantes de Laboratorios han contribuido con información y capacitación para los pacientes.

- 11)** El grupo que se reúne a trabajar el Programa de Apoyo mencionado, no sólo eleva su grado de información, sino de conciencia. Y como funciones adicionales del Programa, sirve como descarga de inconformidades de los pacientes respecto al funcionamiento ineficaz de la Institución; también educa al paciente para elevar su autocuidado y responsabilidad, difunde la cultura de la Institución (usos y costumbres dentro del Hospital), aminora las cargas de trabajo de médicos especialistas (porque los pacientes y familiares reciben orientación médica y psicológica) y también apoya en el burn out al personal de salud y a los familiares de pacientes.

- 12)** Respecto a los pacientes, podemos intentar tres clasificaciones, de acuerdo con criterios distintos:
 - A)** Según adherencia al tratamiento y Trascendencia.
 - a)** Paciente que no se adhiere al tratamiento y no trascendente. Está en etapa de rebeldía, de negación o de completa ignorancia y con baja consciencia. Generalmente desconectado de sus sensaciones corporales y sentimientos. Su capacidad de autoobservación es baja y no necesariamente observa a los demás en los mismos ámbitos.
 - b)** Paciente que se adhiere al tratamiento y no trascendente. Responde a los regaños del médico o de los familiares, pero no está conectado con su cuerpo, emociones y no posee un grado profundo de autorreflexión.
 - c)** Paciente que se adhiere al tratamiento y trascendente. Su capacidad de autocuidado, responsabilidad, autoobservación, observación del entorno y de otros, es elevada. Incluso cuando empeora su situación de salud, puede descubrir y practicar los valores-S o valores del Ser. Acepta su condición, incluso su muerte.
 - d)** Paciente que no se adhiere al tratamiento y trascendente. No es obediente de las instrucciones del médico, en grado variable, pero se hace responsable de las decisiones y actitudes que elige. Su no adhesión al tratamiento puede responder a distintas causas: no confía en el médico y confía más en su propia percepción corporal; frente a las reacciones secundarias prefiere suspender medicamentos o automedicarse; sabe que su condición ha empeorado y decide no seguir instrucciones médicas, tomando sus propias decisiones; reconoce como prioritarias necesidades de otros (económicas, de atención, tiempo, actividades) y renuncia a atenderse; etc. La condición de Trascendente implica que existe una elección consciente y, en ese sentido, responsable. No es producto de un impulso no observado, o de la depresión, rebeldía o enojo. No toma decisiones desde una postura de víctima y asume, en algún nivel, las consecuencias de sus actos y los efectos en otros.

B) De acuerdo a su temporalidad.

- a)** Pacientes recién diagnosticados, con poca información sobre su padecimiento o con desinformación proveniente de mitos populares o falsas creencias. En los casos “optimistas” desconocen lo que significa una enfermedad crónica y suponen que un medicamento, intervención médica, tratamiento alternativo o práctica de fé pueden curarlo. En los casos “pesimistas” creen que van a morir pronto, que no pueden tener calidad de vida, que ya no hay nada que hacer, que van a sufrir mucho, que la insulina los va a dejar ciegos. En casos extremos, tienen pensamientos suicidas o intentan matarse, con grados distintos de efectividad.
- b)** Pacientes con más de cinco años de diagnóstico. Generalmente poseen información sobre su enfermedad y el tratamiento, en grados variables. Aquí descubrimos dos grupos: a) los que están relativamente bien controlados, aunque ocasionalmente se descuidan con la dieta, o con el ejercicio, y que una crisis emocional precipita a emergencias médicas. b) los que no están controlados y deterioran de modo continuo su salud y/o calidad de vida y solamente en momentos de incomodidad aguda recurren al médico u hospital.
- c)** Pacientes con salud muy deteriorada por la historia natural de la enfermedad, donde las complicaciones como retinopatía, nefropatía, neuropatía, daños generalizados en órganos internos, van dirigiéndolos hacia la muerte. Observamos tres tipos de reacciones: los “luchadores” que llevan tratamientos hasta sus últimas consecuencias, como un modo de evitar la muerte, preservar su calidad de vida y se aferran a todas las posibilidades; los “displiscentes” que sueltan toda esperanza y esfuerzo por cuidarse y atenderse, sólo reaccionan frente a dolores muy intensos. Renuncian a su responsabilidad o la entregan a algún familiar; los “volubles” que, según su humor o motivaciones extrínsecas (un viaje, una actividad placentera, una expectativa emocionalmente significativa) se adhieren al tratamiento. En este sentido resultan erráticos en sus estrategias de salud, y sus ritmos de retiro y contacto con el médico y medicamentos son difíciles de seguir.

C) Basada en bienes económicos para atenderse:

- a)** Pacientes que, al margen de su adhesión o no al tratamiento, pueden asumir los costos del tratamiento.
- b) b)** Pacientes cuyos recursos económicos exceden sus posibilidades de pagar los costos del medicamento, consultas, intervenciones, material de curación, traslados y que mueren y/o viven con muy deteriorada calidad de vida por este tipo de Pobreza.

13) Médicos y estilos médicos. De acuerdo a las experiencias de los usuarios del hospital (pacientes y familiares) se distinguen dos tipos extremos de médicos: **a)** humanistas. Se interesan por dar la máxima calidad en su trato y labor. Están comprometidos con la realidad fisiológica y psicológica del paciente. A cierto nivel disfrutan su trabajo (aún cuando experimentan manifestaciones del burn out con cierta frecuencia, especialmente antes de períodos vacacionales). Intentan dar, además de un diagnóstico y tratamiento, una

orientación vital para el paciente. Se sienten molestos o preocupados por algunas incongruencias o situaciones carentes del hospital. Desarrollan un ojo clínico que ponen a prueba, acompañándolo de estudios de laboratorio. De algún modo verbalizan sus reacciones emocionales frente a los casos de muerte o deterioro importante en la salud de los pacientes. Hacen lo posible por mantener relaciones cordiales con sus colegas y enfermeras. **b)** no humanistas. Varía la reputación que tienen frente a los pacientes porque, debido a la dinámica del hospital y la elevada carga de trabajo asignado, sus tiempos de atención para cada usuario son breves. Algunos son atinados en sus diagnósticos y tratamientos, pero los pacientes no necesariamente se ajustan a las indicaciones médicas. Entonces los médicos regañan, castigan o humillan a éstos y pierden interés en informar al paciente sobre sus alternativas. Estos médicos son totalmente jerárquicos, verticales y consideran que los familiares y pacientes no tienen la capacidad para entender conceptos sanitarios, o no tienen tiempo para orientarlos, o no les interesa. Para algunos doctores, dar consulta es una transición hacia carreras políticas o administrativas en las que están interesados. Es como un trámite del que esperan ser relevados pronto. En otros casos, estos profesionales de la salud están muy interesados en adquirir mucha experiencia clínica, que pueda ser usada en su práctica privada, mucho más redituable. Entonces los usuarios se convierten en “casos”, “expedientes” o “camas” interesantes para investigación o por el conocimiento que les aportan. Se apartan emocionalmente de los pacientes, familiares y de sus propios sentimientos. El resultado es que se convierten en personalidades autoritarias, intolerantes, impacientes, desconsideradas, injustas, e incluso groseras. Muchos de ellos empiezan procesos de adicción al alcohol y automedicación, como forma de paliar con el estrés e insatisfacción. Otros se “burocratizan” en el peor de los sentidos, entrando en rutinas que los van insensibilizando o desconectando de la complejidad que significa la relación médico-paciente. Frente a las necesidades emocionales del paciente, su reacción es de distancia “profesional” y se amparan en los psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, delegando parte de su función en éstos. Algunos hacen esperar muchas horas a sus pacientes, mientras atienden asuntos personales. Otros son insensiblemente demandantes con los pacientes, a quienes exigen adhesiones al tratamiento difíciles y/o dolorosas. Se rigen por los procedimientos administrativos rígidamente cuando les conviene, y son sumamente indulgentes en otros casos, si les favorece. Algunos de ellos no están actualizados, son indisciplinados con las reglas del hospital y buscan al sindicato para obtener prebendas o evadir ciertas responsabilidades profesionales. Otros usan la asistencia a Congresos como plataforma política y social, y no necesariamente en favor del paciente. Recordemos que en una investigación realizada en el Hospital General por un grupo de médicos, (Martín del Campo et al, 2012), se detectó que el 80% admite no estar capacitado para dar malas noticias en medicina, mientras que el 49% solicita la presencia de otro colega, o del personal de salud (enfermeras o trabajadoras sociales) para dar malas noticias. Por ello es urgente modificar la currícula en la carrera de medicina, para generar, desde el estudiante de licenciatura, hasta los posgrados médicos, habilidades de comunicación y desarrollo personal que permitan la actitud más apropiada, de acuerdo a los nuevos paradigmas de la salud.

14) En relación con los familiares de pacientes, establecemos cuatro tipos : **a)** familia educada con respecto a la diabetes. Esto significa que poseen la información básica necesaria para apoyar el cambio en el estilo de vida del paciente. Saben que es indispensable el cambio de hábitos alimenticios, que es necesario el ejercicio, las prácticas de relajación y visualización, conocen los medicamentos y vías de administración de éste (oral o inyectado), y están informados sobre la relación entre actitudes, manejo emocional y fisiología para favorecer el equilibrio en los niveles de glucosa del paciente. Apoyan los esfuerzos del diabético por mantenerse lo más sano posible. Adicionalmente, por lo menos uno de los miembros de la familia conoce la dinámica administrativa del hospital, en caso de urgencia en la atención médica de su familiar. Algunas de estas familias presionan o se frustran cuando el paciente no se adhiere al tratamiento y, ya sea que se lo expresen o no, el paciente recibe la energía emocional de tensión o desaprobación que su rebeldía al tratamiento implica. **b)** familia sin información sobre la diabetes. No tiene conocimiento de los efectos del padecimiento ni del tratamiento. Por lo mismo, se siente afectada por los ajustes en dieta y otros hábitos del paciente. No apoya estos cambios e incluso se ofende si el paciente rechaza algunos alimentos o bebidas y estilos de vida, por ejemplo, si el diabético no quiere tomar alcohol (“una copita no te va a dañar”), probar un pastel o pan dulce (“sólo te doy una rebanadita, es el festejo de tu hijo”), consumir un refresco (“no hay nada más de tomar”), comer alimentos muy grasosos (“compadre, no me va a despremiar”), o no ver tanta televisión (“¿a dónde vas tu solo? Mañana caminamos”) . No tiene la energía o las ganas para sostener los cambios requeridos (“no voy a guisar distinto para ti”, “no me alcanza para comprar tus medicamentos”, “no tengo tiempo para venir por ti”). **c)** familia con información pero sin motivación para realizar modificaciones en pro de la salud. Especialmente observada en grupos con sobrepeso, alcoholismo o dinámicas muy conflictivas. La información no es suficiente para generar cambios que involucran actos compulsivos como adicción a la comida, alcohol, refresco, etc. Y frecuentemente la presencia de una enfermedad, agudiza los conflictos no resueltos previamente. Frente a la diabetes y sus complicaciones, los miembros de la familia sienten enojo (“no me pidas nada, porque tú te lo buscaste”), culpa (“estás peor, y yo no te apoyé”, “tenía que haber hecho más, ya sabía que esto iba a pasar”), indiferencia (“cada quien con lo suyo; a mí nunca me apoyaron”), impotencia (“te lo dije y ahora qué”), preocupación (“no salgas sola porque puedes caerte”) y agobio (“no sé cómo le voy a hacer” “no me da la vida”). En ocasiones estas emociones son transferidas a figuras de autoridad externas a la familia, como al médico, hospital, etc. **d)** familia con solidaridad y motivación para el cambio, pero con información distorsionada o sistema de creencias ortodoxo. Están involucrados en el bienestar del paciente, pero su marco cultural y/o religioso les dificulta adherirse a alguno de los aspectos del tratamiento. Por ejemplo, asisten con curanderos, yerberos o chamanes, pero no reportan al médico el tipo de tratamientos alternos, que pueden afectar sus condiciones para ajustar dosis de medicamento. O, en otros casos, no permiten transfusiones al paciente porque sus creencias religiosas se los impiden. También en esta categoría observamos familias que sobreprotegen al paciente limitándolo en su autonomía, tomando decisiones por él, o dificultándole crecer en responsabilidad y autocuidado. (“es que no puede solo”, “le va a pasar algo”, “no sabe”, “pobrecito”, etc). Por supuesto, de este universo descrito, lo ideal es

encontrar familias que pueden aliarse con los intereses más elevados del paciente y formar alianzas con el personal de salud, transformando la propia dinámica familiar, a través de los ajustes motivados por la diabetes. Entonces no sólo se trata óptimamente al enfermo, sino que incluso puede realizarse una labor preventiva en otros miembros del grupo, que muy probablemente puedan presentar, en mediano o corto plazo, el mismo padecimiento. Finalmente es necesario recordar que el problema de salud de un miembro de la familia, en todos los casos pero especialmente cuando la familia es disfuncional, agudiza las tensiones previamente existentes en su seno. A veces la diabetes y/o sus complicaciones sirven como válvula de escape para la expresión de conflictos reprimidos o negados por el grupo familiar. Por ello, frecuentemente el momento en que se diagnostica una enfermedad, es una oportunidad para que la familia inicie un proceso psicoterapéutico sistémico.

- 15)** Desde la perspectiva de la educación para la salud, observamos dos tipos extremos de pacientes: **a)** el paciente sin diagnóstico y sin información. En este caso, el paciente tiene síntomas, pero no está diagnosticado. Entonces la orientación tiene que ver con trámites y acciones de autocuidado, que son eminentemente burocráticos: saque su carnet, pague en el banco, pida su cita por teléfono o personalmente, intente ver a un determinado médico, etc., al estilo de las oficinas de informes. Ahí el grupo es muy generoso en compartir información y tips que les han sido efectivos. **b)** Otro caso especial es el paciente multienfermedades, donde el tratamiento para una enfermedad puede contraponerse con las estrategias médicas para otras. Ante la falta de seguimiento diario, semanal, incluso mensual, el paciente frecuentemente se convierte en su único y propio referente, de síntomas o reacciones físicas, frente al elevado consumo de medicamentos. Entonces la educación para la salud tiene como reto inmediato reconectarlo con su cuerpo, que es la base de sus sensaciones, emociones, hacerlo consciente de su pensamiento, manejo emocional, modo de relacionarse y actuar; especialmente cuando no recibe la atención necesaria por parte del personal de salud. Igualmente es necesario confrontar sus prácticas de multiinstitucionalidad (IMSS. ISSSTE. Hospital General), distintos médicos, opiniones, automedicación, combinaciones con medicina alternativa y prácticas de sanación (fundamentadas o no); también es necesario preguntarle si comunica información relevante o no, y explorar la pertinencia de acudir a los servicios médicos o no.

En un sentido dinámico, podemos observar idealmente, etapas por las que un paciente puede ir transitando, que tienen que ver con:

1. Ignorancia o Negación del padecimiento. “Yo estoy sano(a)” **Tesis.**

Es la transición de la negación o ignorancia, a su identificación como paciente. Lo característico de esta etapa es que la persona no asume su condición diabética. Y observamos distintos tipos de pacientes:

- a)** El que ignora información sobre diabetes y está desconectado de su cuerpo (no está en contacto con sensaciones ni sentimientos). Diagnosticado o no, no asume su condición diabética.

b) El que vive los síntomas de la diabetes, pero no tiene información sobre ella y puede estar o no diagnosticado. No asume su condición diabética.

2. Aceptación del padecimiento diabético. Implica el reconocimiento “Yo soy un(a) enfermo(a) diabético(a)”. **Antítesis.**

a) Vive síntomas, conoce la información médica, pero no hace cambios en su estilo de vida. Es rebelde o no se adapta a la modificación de su estilo de vida.

b) Vive síntomas, conoce la información médica y hace cambios en su estilo de vida, con más o menos éxito. En general, se observa su adhesión al tratamiento. Pero su identidad se ha conformado exclusiva o mayoritariamente como “Soy un enfermo”. Incluso puede ser obsesivo u obsesivo compulsivo en sus respuestas de autocuidado.

3. Trascendencia. Se ha adherido al tratamiento, pero ahora puede ser **algo más que el enfermo** diabético. “Yo soy una persona, con un problema de salud y un nuevo estilo de vida, “ **Síntesis.**

Significa que vive síntomas, conoce la información médica, hace cambios en su estilo de vida, generalmente alcanza el control respecto a sus cifras de glucosa y **trasciende su condición.** Ya no es solamente el “enfermo de diabetes”; ahora es una persona que tiene un problema de salud con el cual aprende a vivir eficientemente, pero no basa su identidad en ello.

16) Algunos investigadores y funcionarios públicos enfatizan la urgente necesidad de promover la salud. Recordemos que la promoción de la salud “destaca la importancia de generar estilos de vida saludables, reconociendo su base cultural, política, social y económica. Subraya la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación social para alcanzar objetivos vinculados al cambio de conductas individuales y colectivas y de las condiciones necesarias para mejorar la salud” (Durán-Fontes, L.R., 2006, p 346). Pues bien, los resultados del programa, objeto de esta tesis, han sido muy favorables en todos estos ámbitos. Por lo tanto, es recomendable que este Programa se difunda y aplique en otras instituciones, adaptándolo a usuarios que tienen otros padecimientos.

17) A pesar de los buenos resultados obtenidos en el programa, la participación de la facilitadora, como representante de Cálevi, ha mantenido un bajo perfil dentro de la institución. De este modo ha sido de mayor efectividad. Esto es porque es muy difícil implementar un programa en instituciones burocráticas con vicios, así como sistemas, normas y coyunturas contradictorias donde:

A) se pide al paciente que solicite interconsultas que le van a ser dadas dos o tres meses después.

B) los médicos esperan que el paciente tome la responsabilidad de informarse sobre su padecimiento; cuando el médico tratante, en consultas de quince minutos no le dedica el tiempo suficiente para informarle.

- C) otros doctores indican al paciente que pida su expediente para fotocopiarlo y enterarse de su diagnóstico, lo que es prácticamente imposible por la mecánica burocrática del hospital; y adicionalmente muchos médicos no toleran pacientes asertivos.
- D) otro grupo de profesionales de la salud esperan que el paciente conozca y ejerza sus derechos, cuando algunos enfermos con dificultad leen.
- E) igualmente, suponen que el enfermo comprenderá aspectos fisiológicos de su padecimiento, cuando su nivel de escolaridad es muy bajo; o cuando algunos médicos usan términos técnicos que no explican de acuerdo al nivel de comprensión del paciente.

Otro tipo de obstáculos para la labor de la facilitadora, se presentan cuando:

- a) El personal de salud (médicos, trabajadoras sociales, psicólogas) por celos profesionales compite o quiere desplazar a las facilitadoras de Cálevi.
- b) Un grupo empieza a ser eficiente o popular y algunos trabajadores del hospital desean manipularlo para sus propios intereses.
- c) El prestigio de las facilitadoras o promotores crece y tratan de sabotearlo.
- d) En el proceso de crecimiento del grupo, algunos miembros empoderados rivalizan con otros individuos, surgen intrigas e incluso algunos usan sus capacidades de liderazgo para obtener un beneficio económico o de otra índole; incluso corrompiéndose o apropiándose de recursos grupales.

En este contexto, las facilitadoras están presionadas tanto por la dinámica institucional como por la dinámica interna del grupo, y deben desarrollar habilidades de promoción, contención e incluso freno de actitudes inapropiadas.

18) Independientemente de la adaptación funcional de la **facilitadora** al ambiente hospitalario, es innegable que su labor ininterrumpida **durante dieciseis años**, es fundamental para el **éxito** del programa. A pesar de que hay corrientes psicológicas y sociológicas que enfatizan la labor de los grupos autogestivos, donde la responsabilidad permea a todos y cada uno de los miembros del grupo, es indispensable la presencia comprometida y sabia de la facilitadora. Por lo menos al principio, es ella la que modela con su personalidad y actuación, con sus habilidades y encuadre, el ambiente, los valores y los objetivos del programa. Es un prototipo de salud y hábitos saludables, de autocuidado, de responsabilidad, aceptación, de confrontación cuidadosa y de autenticidad. Es creativa, tiene una personalidad atractiva y genera confianza. Da incondicionalmente su tiempo, atención y afecto. Es percibida así por el grupo y presenta muchas de las características de la personalidad autorrealizante de Maslow. Se las ha arreglado para manejar conflictos intra e intergrupales, trascendiendo limitaciones egoístas o contrarias a los intereses del grupo y del programa. En términos de Max-Neef, ha promovido un satisfactor sinérgico, puesto que los pacientes obtienen la satisfacción de múltiples necesidades como las de sobrevivencia, entendimiento, participación, creatividad, ocio, libertad, trascendencia, etc. Y en ese sentido, el reconocimiento a su labor ha sido espontáneamente realizado por los asistentes al programa, no así por las autoridades de alto nivel. Tal vez esto haya evitado

mayores obstáculos al funcionamiento actual del curso. Consecuentemente, agradecemos sinceramente su labor en pro del desarrollo y la trascendencia humanas, y aprovechamos para reconocer su desinteresada labor. ¡**Gracias, Josefina** Arenas y Rosas!

BIBLIOGRAFIA.

Referencias.

- Alatorre, A. (20 de Julio de 2012). Aumenta Demanda en Hospital General. *Reforma*. p 11.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of Medical Care. En *Diabetes 2008. Diabetes Care* (31): s12-s54.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well Being: American's Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Ariely, D. (2008). *Predictably Irrational*. New York: Harper-Collins.
- Arredondo, A. y Barceló, A. (2007). The Economic Burden of Pocket Medical Expenditures for Patients Seeking Diabetes Care in México. *Diabetología* (50): 2408-2409.
- Avilés-Morelos, N.L, Gómez-Cruz, J.R., Lerman-Gerber, I. (2011). Plan de Alimentación. En I. Lerman (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p. 109-124). México: McGraw Hill.
- Ball, R. y Chernova, K. (2008). Absolute Income, Relative Income and Happiness. *Social Indicators Research*. 88 (3) September: 457-529.
- Barrigueté, A. (24 de junio 2007). Aumenta diabetes en el D.F. *Reforma*. Sección Ciudad, p 1.
- Brock, D. (1998). Medidas de la Calidad de Vida en el Cuidado de la Salud y la Etica Médica. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.) *La Calidad de Vida*. (p 135-190). México: Fondo de Cultura Económica.
- Brown, et al. (1999). *Archivos Internacionales de Medicina*. (159):1873-1880.
- Caballo, V. y Sierra, J.C. (s.f.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.
- Camacho, G. (2008). Da pasos firmes. *Salud en cuerpo y alma. Vive con Diabetes*. Suplemento Excelsior. Octubre. p 2.
- Campuzano-Rodríguez, R. (2011). Sulfonilureas y glitinidas. En I. Lerman (Ed.) *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 185-191). México: McGraw Hill.
- Comité de Etica del Hospital. (2012). *Códigos de Etica y Conducta del Hospital General de México*. México: Hospital General de México "Eduardo Liceaga" O.D.
- Dachs, J., Ferrer, M., Florez, C.E., Barros, J.D., Narváez, R., Valdivia, M., y W. N. (2002). Inequalities in Health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and Exploratory Results for Self-Reported Health Problems and Health Care in Twelve Countries. *Pan American Journal of Economics*. 115 (2). Mayo: 617-650.
- De León, C. (2003). *Flujo de Vida: Psicoterapia Ontogónica*. México: Pax.

- De León, C. (2010). Reencuentro: Visualizaciones. Versión en audio.
- De León, C. (2013). *Psicopatología Espiritual*. México: Pax.
- Diaz-Polanco, A. (2011). Inhibidores de alfa-glucosidasa: acarbosa. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 181-185). México: McGraw Hill.
- Diener, E., Eunkook, S., Richard, L., y Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. 25 (2): 276-302.
- Domit, L. (1992). *Manual para pacientes: Diplomado Entrenamiento en el Manejo de Grupos para la Salud Integral*. México: Cálevi.
- Durán, L.I., Bravo, P., Hernández, M., y Becerra, J. (1997). *El diabético optimista*. México: Trillas.
- Durán-Fontes, L.R. (2006). Educación Para La Salud. En M. Urbina., A. Moguel., M. Muñiz., y J.A. Solís. (Eds). *La Experiencia Mexicana en Salud Pública: Oportunidad y Rumbo para el Tercer Milenio*. (p 345-354). México: SS-OPS-SMSP-FUNSALUD-INSP-Fondo de Cultura Económica.
- Duryea, S., Navarro, J.C. y Verdisco, A. (2009). Lecciones sobre las percepciones y la calidad de la educación. En E. Lora (Ed.) *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (p 121-147). Desarrollo de las Américas. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo-Fondo de Cultura Económica.
- Easterlin, R. (1974). Does Economic Growth Enhance the Human Lot? Some Empirical Evidence. En D. Paul y M. Reder (Eds.) *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ettinger, W.H., Fried, L.P., Harris, T., Shemanski, L., Schulz, R., y Robbins, J. (1994). Self Reported Causes of Physical Disability in Older People: The Cardiovascular Health Study. *SAMGeriatric Society*. (42): 1035-1044.
- Economist Intelligence Unit The. Disponible en http://www.pages.eiu.com/rs/eiu2/images/eiu_bestcities.pdf
- Encuesta Mundial de Gallup 2006. EQ-5D.* Disponible en <http://www.gallup.com/consulting/worldpoll/24046/about.aspx>.
- Encuesta Mundial de Gallup 2007. EQ-5D.* Disponible en <http://www.gallup.com/consulting/worldpoll/24046/about.aspx>.
- Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)*. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2003*. (ENASEM 2003). INEGI. México.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. 2006.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. 2012.

Encuesta Reforma sobre Calidad de Vida en Ciudades Mexicanas 2007. *Reforma*. (3 junio 2007).

Federación Mexicana de Diabetes. (2008). *¿Cuánto cuesta enfermar de Diabetes?*. Versión manuscrita.

Ferguson, Marilyn. (1994). *La Conspiración de Acuario*. Barcelona: Kairós.

Gandhi-Kingdon, G. y Knight, J. (2004). Community, Comparisons and Subjective Well-Being in a Divided Society. *Centre for the Study of African Economies*. Working Paper Series No. WPS/2004-2021. Oxford, United Kingdom: Centre for the Study of African Economies. (CSAE).

García-Verdú, R. (2006). El Índice de Desarrollo Humano y su Aplicación a las Entidades Federativas de México. En L. López-Calva y M. Székely (Eds.). *Medición del Desarrollo Humano en México*. (p 136-184). México: Fondo de Cultura Económica.

Gardner, H. (1999). *Estructuras de la Mente*. México: Fondo de Cultura Económica.

Glasgow, R.E., Boles, S.M., McKay, H.G., y Barrera, M. (2003). The D-Net Diabetes Self Management Program: Long-Term Implementation, Outcomes, and Generalization Results. *Preventive Medicine*. 36: 410-419.

Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. México: Javier Vergara.

Gómez-Díaz, R.A. y Aguilar-Salinas C.A. (2011). Resistencia a la Insulina. En I. Lerman (Ed.) *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 29-48). México: McGraw-Hill.

Gómez-Pérez, F. (2011). Incretinas. En I. Lerman (Ed.) *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 192-198). México: McGraw-Hill.

Gómez-Pérez, F., Almeda-Valdés, P., Cueva-Ramos, D. y Lerman-Garber, I. (2011). Cetoacidosis Diabética y Estado Hiperosmolar. En I. Lerman. (Ed.) *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 217-232). México: McGraw-Hill.

González, A.M. (1993). Desarrollo Humano Transpersonal: Una Alternativa de Respuesta Ante la Crisis. *Caldero*. Primavera. Universidad Iberoamericana. Santa Fé. México. (10): 3-11.

González, A.M. (2005). *Colisión de Paradigmas*. Barcelona: Kairós.

González, E. (2008). Cifras Amargas. *Salud en Cuerpo y Alma. Vive con Diabetes*. Suplemento Excelsior. Octubre. p 4-5.

González, C.A., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y Salud: una Tipología del Envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. (49). Suplemento 4: S448-S458.

González-Guzmán, R., Castro-Albarrán, J.M., Moreno-Altamirano, L. (2011). *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida*. México: McGraw-Hill.

Grinberg, J. (1987). *Meditación autoalusiva*. México: Facultad de Psicología UNAM e Instituto Nacional para el Estudio de la Conciencia.

Grinberg, J. (1988). *Psicofisiología del Poder*. México: Versión Mecanográfica.

Grinberg, J. (1990). *La creación de la experiencia*. España: Los libros del comienzo.

Grinberg, J. (1987). *Los chamanes de México*. México: CONACYT-UNAM.

Hentinen.M. (1987). Adherence to treatment. *Pro-Nursing Annual Book. 1987*. Publication Series A 1:78-82.

Higuera-Pedaza, N.J., Orozco-Celis, J.A., Molina-Valencia, N. (2012). Evaluación de Estrategias Generativas en Grupos de Auto-Apoyo de Personas Afectadas por el Conflicto Político Armado en Colombia. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquía*. 4. (1). Enero-junio. p 20-31.

Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. (11): 213-218.

International Work Group on Indigenous Affairs. (IWGIA) (2006). *Annual Report*. Disponible en http://www.iwgia.org/publicaciones/anuarioel_mundo_indigena

Jacobson, A.M., De Groot, M. y Samson, J. (1994). Quality of Life in Patients with Type I and Type II Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. (17): 167-274.

Jayawardena, L. (1990). Prólogo. En M. Nussbaum, y A. Sen (Eds.)(1998). *La Calidad de Vida*. (p 7-9). México: Fondo de Cultura Económica.

Jourard, S. y Landsman, T. (1994). *La Personalidad Saludable*. México: Trillas.

Keen, S. (1992). Egoísmo y Conexión Cósmica. En K. Wilber. (Ed.) *El Paradigma Holográfico*. Argentina: Kairós.

Keleman, S. (1997). *Anatomía Emocional: La Estructura de la Experiencia Somática*. España: Desclée de Brouwer.

Langewitz, W., Wossmer, B., Iseli, J., y Berger, W. (1997). Psychological and Metabolic Improvement After an Outpatient Teaching Program for Functional Intensified Insulin Therapy. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 37: 157-164.

Languirand, J. (1993), Nuestro Cerebro ¡Triúnico!. *Uno Mismo*. 4. (10). 14.

Lara-Esqueda, A. (2011). Estrategias en Salud Pública y Diabetes. En I. Lerman.(Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 91-99). México: McGraw-Hill.

Larousse (1950). *Diccionario Enciclopédico*. París: Larousse.

Lawton, M.P., Moss, M., Fulcomer, M., y Kleban, M.H. (1982). A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*. (37), 91-99.

Lerman, I.(2011). Objetivos Terapéuticos y Seguimiento del Paciente. En I. Lerman (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 60-68). México: McGraw-Hill.

Lerman, I. (2011). Tiazolidinedionas. En I. Lerman. (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 198-203). México: McGraw-Hill.

Lerman, I. (2011), La Diabetes en México. En I. Lerman. (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 3-7)México: McGraw-Hill.

Levi, L. y Anderson,I. (1980). *La Tensión Psicosocial: Población, Ambiente y Calidad de Vida*. México: El Manual Moderno.

López-Calva, L. y Székely, M. (2006) *Medición del Desarrollo Humano en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lora, E. (2008). Calidad de Vida desde otro Angulo. En E. Lora (Ed). *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (p 3-13). (Desarrollo de las Américas). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo- Fondo de Cultura Económica.

Lora, E. (2008). Las Personalidad de las Percepciones sobre la Calidad de Vida. En E. Lora (Ed). *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (15-39). (Desarrollo de las Américas). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo- Fondo de Cultura Económica.

Lora, E. y Chaparro, J.C. (2008). La Conflictiva Relación entre el Ingreso y la Satisfacción. En E. Lora (Ed). *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (p 41-66). (Desarrollo de las Américas). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo-Fondo de Cultura Económica.

Lora, E., Chaparro, J.C. y Rodríguez-Pombo, M.V. (2008). La Satisfacción Más Allá del Ingreso. En E. Lora (Ed). *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (p 67-83). (Desarrollo de las Américas). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo- Fondo de Cultura Económica.

Martín del Campo, A., Romero-Cabello, R., Sánchez, C.J., Angeles-Moreno, A.C., Romero-Feregrino, R., Bustamante-Rojano, J.J., y Romero-Feregrino, Ro.(2012). ¿Cómo Transmite Malas Noticias el Médico Especialista? Estudio Realizado con Médicos Especialistas del Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*. 75. (2): 76-83.

Martinelli, C. y Parker, S. (s.f.). Deception and Misreporting in a Social Program. *Journal of the European Economic Association*. Artículo aprobado, por publicarse.

Martínez,C., y Dorantes, A. (2011). Insulina. En I. Lerman.(Ed.) *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 159-180). México: McGraw-Hill.

Marx, K. (1976). *El Capital: Crítica de la Economía Política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Maslow, A. (2006). *La amplitud de la naturaleza humana*. México: Trillas.

Max-Neef, M., Elizalde, A., y Hoppenhayn, M.. (1998). *Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, Aplicaciones y Algunas Reflexiones*. Barcelona: Nordon Comunidad.

McBride, M. (2005). *An Experimental Study of Happiness and Aspiration Formation*. Department of Economics. University of California, Irvine. Documento Mimeografiado.

Michalos, A. (1985). Multiple Discrepancies Theory. *Social Indicators Research*. 16 (4): 347-413.

Molina, M.A. y Mercado-Atri, M. (2011). Historia Clínica y Valoración de Laboratorio del Paciente Diabético. En I. Lerman. (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 49-59). México: McGraw-Hill.

Morales, P. y Mora, C.(1991). *Bio-Psico-Síntesis. Armonía de la Vida*. México: Enkidu.

Moreno, B., y Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida*. España: Buela-Casal.

Navarro, F. (2009). *Programa de Trabajo 2009-2014*. Dirección General. Hospital General de México.

Navarro, F. (2012). *Informe Ejecutivo Enero-Diciembre*. Dirección General. Hospital General de México.

Nichols et al. (2000). *Diabetes Care*. 1654-1659.

Nussbaum, M., y Sen, A. (Eds). (1998). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., et al (Eds). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Instituto Nacional de Educación Pública. Secretaría de Salud. 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En Documentos Básicos. Suplemento de la 45 ed. Octubre. Nueva York.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).Tu Índice de Mejor Vida. Disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es>.

Palomba, R. (2002). Calidad de Vida: Conceptos y Medidas. En *Taller sobre Calidad de Vida y Redes de Apoyo de las Personas Adultas Mayores*. (p 1-12). Chile: CELADE/División de Población. CEPAL.

Parker, S., Ruvalcaba, L.N., y Teruel, G.M.(2008). *Health in Mexico: Perceptions, Knowledge and Obesity*. Red de Centros de Investigación de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Patrick, D. y Erickson, P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

Pérez-Pastén, L. (2011). La Educación, Piedra Angular en el Tratamiento de la Diabetes. En I. Lerman (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 71-80). México: McGraw-Hill.

Pereyra, M. (1997). *Psicología de la Esperanza con Aplicaciones a la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.

Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012. (2007) México: Secretaría de Salud.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2003). *Human Development Report 2003*. Disponible en <http://hdr.undp.org>

Proyecto Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del D.F. (2012). Disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index2.php?option>.

Reza-Albarrán, A.A. (2011). Metformina. En I. Lerman.(Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 8-28). México: McGraw-Hill.

Ring, K. (1986). *La Senda Hacia el Omega*. España: Urano.

Ríos-Torres, J.M., y Rull-Rodrigo, J.A. (2011), Clasificación, Diagnóstico y Fisiopatología de la Diabetes Mellitus. En I. Lerman. (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 8-28). México: McGraw-Hill.

Robles-García, R. (2006). Manejo de Enfermedades Crónicas y Terminales. En L. Oblitas. (Ed). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (p 249-275). México: Thomson Learning.

Rodríguez-Saldaña, J. (2011). Costos y Modelos de Atención en Diabetes. En I. Lerman. (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 81-90). México: McGraw-Hill.

Romero-Zagueta, A., y Caballero, E. (2011). Prevención Primaria de la Diabetes Mellitus Tipo 2 . En I. Lerman.(Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 141-152). México: McGraw-Hill.

Ruhm, C. (2007). Are Recessions Good for Your Health?. *Quarterly Journal or Economics*. 115. (2). Mayo: 617-650.

Ruiz-Pantoja, T.E., y Ham-Chande,R. (2007). Factores Sociales y Salud Infantil Asociados con la Vejez. *Salud Pública de México*. 49. Supl. 4: S 495-S504.

Salgado-de Snyder, N. y Wong, R. (2007). *Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana. Un Estudio en Cuatro Ciudades de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Savedoff, W., Alfonso, M., y Duryea, S. (2008). Tomando el Pulso de la Calidad de la Salud. En E. Lora. (Ed). *Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*. (p 87-120). (Desarrollo en las Américas). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo-Fondo de Cultura Económica.

Secretaría de Salud. (1999). "Modelo de Atención en el Hospital General de México". En Dirección de Política de Comunicación y Evaluación. Dirección General de Comunicación Social (Eds). *Modelos de Atención para Control de Pacientes Diabéticos*. (p 9-12). México: Secretaría de Salud.

Seevers, R.T. (1991). Diabetes Support Groups: Structure, Function and Professional Roles. *The Diabetes Educator*. (17): 401-406.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Random House.

Senik, C. (2004). Relativizing Relative Income. *Delta Working Paper*. Département et Laboratoire d'Economie Théorique et Appliquée (DELTA). Paris. 2004-2017.

Siegel, B. (1990). *Paz, Amor y Autocuración*. México: Urano.

Simonton, O.C. (1990). *Recuperar la Salud*. Santander: Raíces.

Simonton, O.C y Henson, R. (1993). *Sanar es un Viaje*. España: Urano.

Slevin, M.L., Plant, M. y Linch, D. (1988). Who Should Measure Quality of Life, the Doctor or the Patient?. *British Journal of Cancer*. (57): 109-112.

Staff (2008). Todo Se Afecta. *Salud en Cuerpo y Alma. Vive con Diabetes*. Suplemento Excélsior. Octubre: p 29.

Stewart, A.L. Greenfield, S. y Hays, R.D. (1989). Functional Status and Well Being of Patients with Chronic Conditions. *Journal of the American Medical Association*. (262): 907-913.

Stutzer, A. (2004). The Role of Income Aspirations in Individual Happiness. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 54 (1). Mayo: 89-109.

Toribio, L. (20 de julio de 2012). El Hospital General Construye Cuatro Torres y Estrena Escuela. *Excélsior*. p 18.

Weels, K.B., Golding, J.M. y Burnam, M.A. (1988). Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population with and without Chronic Medical Conditions. *American Journal of Psychiatry*. 145. : 976-981.

Wikly, A., Horngquist, J.O., Stenstrom, U. y Andersson, P.O. (1993). Background Factors, Long Term Complications, Quality of Life and Metabolic Control in Insulin Dependent Diabetes. *Quality of Life Research*. 2.: 281-286.

Wilber, K. (1988). *La Conciencia sin Fronteras*. México: Colofón-Kairos.

Wong, R., Espinoza, M y Paltoni, A. (2007). Adultos Mayores Mexicanos en Contexto Socioeconómico Amplio: Salud y Envejecimiento. *Salud Pública de México*. 49. Supl. 4.: S436-S447.

Zúñiga, S. (2011). Ejercicio y Diabetes Mellitus. En I. Lerman (Ed). *Atención Integral del Paciente Diabético*. (p 125-140). México: McGraw-Hill.

Lecturas Recomendadas.

Aguirre, H. (2002). *Calidad de la atención médica*. México: Noriega.

Almendro, M. et al. (1999). *La consciencia transpersonal*. Barcelona: Kairós.

Arteaga, N. (2010). *Rituales, dispositivos y performatividad*. México: UAEM-Porrúa.

Assagioli, R. (1989). *El acto de la voluntad*. México: Trillas.

Bach, R. (1991). *Ilusiones*. México: Vergara.

Banerjee, A. et Duflo, E. (2012). *Repensar la pobreza*. México: Taurus.

Beck, Charlotte. (2008). *La vida tal como es*. España: Gaia.

Boff, L. (2005). *La voz del arco iris*. México: Dabar.

Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Pearson Prentice Hall.

Carlson, R. y Shield, B. (Ed). (1994). *La nueva salud*. Barcelona: Kairós.

Chinchachoma et Lozano, S. *Las heroicas aventuras del diamante supremo*. Vol. I, II, III. México: Pax.

Clerico, C. (2008). *Morir en sábado*. España: Desclée de Brouwer.

Contreras, J. (1997). *Cómo trabajar en grupo*. España: San Pablo

Cousins, N. (2000). *Anatomía de una enfermedad*. Barcelona: Kairós.

Dalai Lama. (2000). *El arte de vivir en el nuevo milenio*. México: Grijalbo.

De la Fuente, R. (1998). *Psicología médica*. México: FCE.

De la Torre, R. et Rodríguez, M. (2001). *El poder de la actitud personal ante la enfermedad grave*. Argentina: Lumen.

De León, C. (1992). *La perla escondida*. México: Edamex.

DeCharms, Ch. (1998). *Two views of mind*. USA: Snow Lion.

Dhargyey, N. (1992). *Tibetan tradition of mental development*. India: Library of Tibetan Works and Archives.

Doore, G. (comp.). (1992). *¿Vida después de la muerte?*. Barcelona: Kairós.

- El libro tibetano de los muertos*. Madrid:Edaf.
- Fadiman,J. et Frager,R. (1979). *Teorías de la personalidad*. México: Harla.
- Fanning, P. (1992). *Visualización, autocuración y bienestar*. España:Robin book.
- Fonnegra, Isa. (2001). *De cara a la muerte*. España:Andrés Bello
- García, M. (comp.). (1994) *Medicina y sociedad*. México: FCE.
- Gispert, J. (2005). *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. México: Manual Moderno.
- Goleman, D. et al. (1997). *La salud emocional*. Barcelona:Kairós.
- Gómez, M. (2004). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. España: Arán.
- Gómez, M. et Puiggrós, A. (1986). *La educación popular en América Latina*. México:FCE.
- González,R. et al. (2011). *Promoción de la salud en el ciclo de vida*. México:McGraw-Hill.
- Gyalwang Drukpa. (2012). *Everyday Enlightenment*. USA: Riverhead Books.
- Hellinger, B. (2001). *Religión, psicoterapia, cura de almas*. España:Herder.
- Hellinger, B. et Ten Hovel, G. (2002). *Reconocer lo que es*. España: Herder.
- Hellinger, B.(2003). *El centro se distingue por su levedad*. España: Herder.
- Herrejón, M et Villafaña, G. (2003). *Facilitar: un camino para educar en el amor*. México: Desafío.
- Hick, S. et Bien, T. (ed). (2010). *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- James, W. (1999). *Las variedades de la experiencia religiosa*. España: Península.
- Jara, O. (1997). *Para sistematizar experiencias*. México: Alforja.
- Keene, M. (1995). *Believers in one God*. England: Cambridge University Press.
- Kinslow, F. (2008). *El secreto de la vida cuántica*. Barcelona: Sirio.
- Levine, M. (2001). *Superar el cáncer*. Barcelona: Amat.
- Linn, M. et al. (2004). *Cómo sanar las ocho etapas de la vida*. México: Promexa.
- Lodro Walmo Namgyal. (1997). *Parpadeo de dragón*.
- Longaker,Ch. (1998). *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. México:Grijalbo-Mondadori.
- Machado, L. (1978) *El derecho a ser inteligente*. España: Seix Barral.
- Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. Barcelona:Kairós.

- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Narby, J. et Huxley, F. (2005). *Chamanes a través de los tiempos*. Barcelona: Kairós.
- Navarro, R. (1999). *Psicoterapia corporal y psicoenergética*. Colombia:Pax.
- Pelcastre, B. (2005). *Manual para formación de facilitadores en manejo de grupos*. México. (versión digitalizada).
- Peragallo, M. (2005). *Gracias a él*. México:Edamex.
- Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: PyV-UJA.
- Rodríguez-Marín, J. et Neipp, M. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. España: Síntesis.
- Rojo, J. et Negrete, P. (2004). *Un pésame para consolar*. México: Diana.
- Sánchez, M. (2005). *Elementos de salud pública*. México: Méndez editores.
- Satir, V. (1998). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Segoviano, A. *Libertad en el cadalso*. (s.f.) México. se.
- Simón, M. et al. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid:Biblioteca Nueva.
- Sogyal, R. (1994). *El libro tibetano de la vida y de la muerte*. Barcelona: Urano.
- Tarasco, M. (comp).(2007). *Comités hospitalarios de bioética*. México:UA-Manual Moderno.
- Telesco, P. (2000). *Manual del sanador*. México:Diana.
- Ubando, L. (1997). *La relación de pareja*. Vol I, II, III. México:Instituto de Estudios de la Pareja.
- Velasco, M. et Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Walsch, N. (1999). *La pequeña alma y el sol*. México: Grijalbo-Mondadori.
- Walsh,R. et Vaughan,F. (eds). (1994). *Trascender el ego*. México:Kairós.
- Washburn, M. (1997). *El ego y el fundamento dinámico*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (1992). *El paradigma holográfico*. Barcelona: Kairós.

ANEXOS.

SESION 18/09/2012

Facilitadora (f). D (David). B (Begonia). S (Silvia). V(Vicente) JA (Juan Angel) JG (Juan Guillermo) Dra.

Nutrióloga. ¡Buenos días! Somos del área de nutrición y nos dicen que hoy nos tocaba dar la plática.

F. Así es. Vamos a poner mucha atención porque la plática de nutrición es importante y continuaremos.

La plática termina.

F. Bueno, aplausos. Muchísimas gracias.

Dentro de quince días vamos a tener nuestro aniversario, en el Sanborns aquí enfrente.

Sesión 29/09/2012.

Día de la celebración del aniversario 15 del grupo.

Se les pidió responder a estas preguntas:

1. ¿qué me gusta del grupo?
2. ¿qué he aprendido?
3. 5 palabras para describir a Josefina (la facilitadora).
4. ¿cómo puede mejorar el programa?

F. Vamos a ensayar las canciones que cantaremos en el desayuno.

1. Con la melodía de la Cucaracha. Letra: Josefina Arenas.

Esta glucosa
Esta glucosa
Yo la voy a controlar
Porque me sube, porque me baja
Y me puede afectar.

La diabetes no te mata
No te vayas a espantar
Es la falta de cuidado
Lo que debes evitar

Cuidando mis alimentos
Y saliendo a caminar
Me doy cuenta de lo que siento

Y lo puedo manejar

Esta falla que yo tengo
Me produce ansiedad
Pero con lo que aquí aprendo
Vivo con felicidad

Aceptando lo que tengo
Y aprendiendo a cuidar
Esto me hace los mandados

2. Con las Mañanitas. Letra: Josefina Arenas.

Hoy que está aquí todo el grupo
Quiero yo testimoniar,
Que la calidad de vida
Se puede incrementar.

Evitando los excesos
Incluso en el descansar
Tomando medicamentos
Mejora mi bienestar.

Y cuando estoy deprimido,
Ya aprendí como salir
Si respiro y visualizo
Pronto vuelvo a sonreír.

Y a pesar de la diabetes
Tengo la oportunidad
De crecer y conocerme
Y vivir con calidad.

(después del ensayo).

También nos podemos divertir y ese es un secreto que debemos descubrir.

Tengo pesares, enfermedades, pero también puedo vivirlos y comentarlos sin tanto drama, más ligero. Es diferente vivir con dolor; la vida me lo presenta y se va diluyendo. Pero el sufrimiento es un opción cuando yo deseo ser víctima de lo que me pasó, y decimos, “cómo quieren que esté contenta si tengo diabetes; cómo quieren que esté contenta si me va mal en el trabajo”. Pero sabemos que, con todo lo que me pasa, yo puedo salir y seguir con fuerza con todo. Me enfrento a los problemas pero con ánimo, porque reírnos, hablar, nos aligera y alienta. Nos da fuerzas para seguir adelante.

Yo tuve un primo hermano al que le cortaron la pierna por no cuidarse la diabetes; no digo que fue bueno que no se cuidara, pero me dijo: “puedo volver a bailar porque me voy a poner mi prótesis y para tu cumpleaños voy a bailar” y así lo hizo. Está bien dejarnos caer un momento pero

¿de dónde tomamos energía? De nuestro centro, de la fé en la chispa espiritual, todo lo que me hace recogerme de la nada. Ustedes ¿de dónde toman fuerza?

- De aquí, del grupo.
- De tu propia actitud, de adentro.
- Recordando el grupo y las palabras que aquí dijimos.

F. Yo quiero decirles que hay infinitas posibilidades, la energía está en el éter, está en todo, puedes abrazar un árbol, respirar y tomar energía. Si nos doblamos y soltamos la respiración, ahí tomamos energía. Si me descalzo en el pasto, con la intención de tomar energía; si me dicen “aquí hay energía” y yo no me abro, no la puedo tomar. Algunas iglesias tienen energía.

G. ¡pero no vayan el 12 de diciembre a la Basílica o el 28 a San Judas!

F. Cada quien va encontrando dónde. Vean una puesta del sol o en el campo, cuando sale el sol o la luna es como si un gran motor se encendiera. La energía que está en Todo y en todos y nos da fuerza.

Aquí venimos a enfrentar la enfermedad, el dolor acompañado de depresión, desolación, la enfermedad es de este tamaño pero toda la emoción alrededor es más grande. Entonces necesito respirar y tomar energía para que esté fluyendo. Vamos a hacer esto que necesitamos y no esperar a que estemos peor. Está muy de moda tomar vitaminas; tantísimas que hay, nada más prende la televisión y lo van a escuchar. Pero la mayor vitamina soy yo misma. Incluso hay una campaña en contra de adquirir tanta vitamina.

Dra. Claro que sí. La C yo podría decir que es una buena vitamina. Nos ayuda bastante. O hay la efervescente (Redox, si no hay presión alta porque tiene sodio. Y muchas vitaminas provocan intoxicaciones, sobre todo la vitamina D. Si yo tengo avitaminosis, la vitamina B12, B6, entonces es una pregunta cuando el paciente va “oiga doctora, ¿no me receta vitaminas para sentirme mejor?. Pero no las necesita. En un momento dado puede hacer daño y vienen en los alimentos y que el paciente se convenza que no la necesita y salen tristes o enojados.

F. Entonces con todo esto que dice la doctora decimos, ¿qué hago cuando estamos apachurrados? ¿de dónde tomamos energía, apoyo, en lugar de ir a comprar una vitamina?. Esto que hicimos hace un momento de cantar, nos da fuerza.

M. Hay una canción de la sonrisa, o risoterapia. “una sonrisa puede más que un grito, puede más que todo. Si te sientes triste, si te sientes solo busca una sonrisa que te haga feliz” (todos cantan).

F. Estamos hablando de los modos de encontrar energía y dentro de nosotros están los cuatro elementos, todo lo que somos y tenemos que: “tierra es mi cuerpo, agua es mi sangre, aire mi aliento y fuego mi espíritu”. Cada uno tiene más apego o más fuerza en cada uno de los elementos. Entonces sería interesante que viéramos con cuál nos identificamos más y saber a qué nos inclinamos más. Canten y sientan dónde vibran más. ¿Quién sintió más vibración en el aire, fuego, agua o tierra? Muy bien, entonces todos tenemos los cuatro elementos. Entonces, ¿qué tenemos que

hacer? Si soy fuego, no me voy a dejar caer, de ahí tomo energía. Decimos, “sentí padrísimo porque empezó a llover”. Otros decimos, “cuando me da la brisa en la cara, me siento más fuerte”. Todo lo usamos para sentirnos mejor cada día, para sentirnos más fuertes, no castigados. Todas son lecciones. Acuérdense que estamos en un planeta escuela. Cuando nos preguntamos qué aprendí hoy y a veces no lo hacemos. Pero veamos: ¿qué has aprendido de lo que has ido viviendo? No, esta vida es una friega, pero también hay mucha emoción, mucho positivo. Es como ir a la escuela y decir “yo nada más aprendo de los coscorrones del maestro”.

V. o del recreo, ja,ja (todos ríen)

F. Y dicen que en los últimos segundos de vida se ve como una película de toda nuestra vida. Y si veo todo lo que no aproveché, entonces ¿qué puedo hacer? Vivir hoy, estar aquí en este momento. Vivir hoy pero dándome cuenta de todo lo que aprendo, lo que percibo cada día, día tras día.

B. Dice el dicho “hoy vive como si fuera el último día de la vida”.

F. Así es. Tenemos hoy el gran gusto de ver a la nutriólogo H, quien es parte del equipo fundador de estos grupos, junto con la Dra. A y la Dra. V para apoyar a los pacientes y familiares. Es un regalazo de aniversario que les damos, que hoy venga acá. Bienvenida H.

H. Sí, gracias.

F. Aprovechen esta oportunidad para que aprendan más con la licenciada.

H. Esta es la última plática de nutrición del mes. Acérquense los pacientes alrededor de la mesa. (Termina su plática).

F. Bueno, con esto damos por terminada la sesión. Les recordamos que la Dra. V y sus colegas nos acompañarán para celebrar de forma sencilla que se nos ha permitido trabajar durante 15 años con el curso. Tenemos gente que son casi fundadores de mucho tiempo, M E, JD, R. S. los más antiguos (de los fundadores, no de los más viejitos). No cabríamos en el aula si pudiéramos reunir a todos. Nos da mucho gusto ver caras que hace mucho no vemos. Bueno, nos vemos por ahí, en el Sanborns.

DESAYUNO DEL 15 ANIVERSARIO DEL GRUPO.

AGRADECIMIENTOS.

Familiar. Buenos días a todos ustedes. Un agradecimiento a todos, las Doctoras. Yo no conocía este grupo. Lo encontré en el hospital, en oftalmología. Ella (señala a una paciente) me invitó y me canalizó con la Doctora V. Y agradezco a la Dra. Vi. Mi esposo es diabético, es un esposo muy rejego. Se había clavado un fierro en el pie y llegó muy mal y los compañeros se encargaron de decirle a mi esposo y lo canalizó a traumatología y mi esposo no perdió su pie y ni cicatriz tiene y lo

operaron y supuraba y estaba muy grave. Gracias a los doctores y compañeros y a la señorita de la cara alegre y los ojos pispiretos, que me trajeron a este lugar. Gracias.

JD. Bueno, ahoy les digo buen día. Yo quiero agradecer a la Dra. V y a la Dra. A aunque no esté, el pensamiento llegará hasta ella. Gracias,¿ no?, a todos. Le doy gracias a Josefina por esas pláticas que nos han hecho comprender lo buena que es la vida. Y les agradezco.

Mag. Yo soy Mag M S, para los que no me conocen. Yo llegué hace cuatro años aquí a través de nutrición por C R, que no está. Justo ese día se lanzaba la convocatoria para pacientes diabéticos. Después de cuatro años no me operé de los juanetes. Este es un equipo con muchas personas. Cumplimos 15 años. A nombre de los que hoy nos reunimos para concelebrar el grupo de apoyo a los diabéticos. Que el Dador de la vida sana les multiplique sus atenciones. Sin el staff nosotros no seríamos lo que somos. Otra cosa que me pasó a mí es que superé muchas cosas de la muerte de mi hermano que murió por complicaciones de diabetes. He visto que el trato de la Dra. Vi, si todos fueran como la Dra. Vi, otro sería el Hospital General.

F. Hace quince años un grupo de personal médico y de salud se reunió para iniciar este programa, en el Curso-taller para pacientes diabéticos y sus familiares. A este fue invitada a colaborar con ellos y he tenido puro gozo, el gozo no es por la enfermedad en sí, sino lo que se aprende de ella. La enfermedad no es sólo del cuerpo, sino del alma. Y la calidad de vida empieza con la aceptación de nuestra enfermedad. Hemos visto nuestros avances para manejar nuestras emociones, sobre todo la depresión. Pero no nos juzguemos por lo que sentimos, tenemos que aprender a expresar y descargarlas para que no nos afecten. Tenemos muchos recursos internos frente a la enfermedad. El programa ha sido una herramienta y si sé lo que le pasa a mi organismo y conozco mis emociones, puedo salir de la depresión. Las circunstancias de la vida se nos presentan por designios que van más allá de nosotros, pero nuestra responsabilidad y nuestras respuestas sí dependen de nosotros. Las circunstancias adversas tomémoslas como retos, preguntando dónde está mi sapiencia para salir adelante. Si me hago responsable de lo que me pasa, puedo ser un apoyo para mí y para otros. Con esto y con verlos, me siento más que emocionada y satisfecha de quince años de trabajar y compartir con ustedes. Para mí es fácil venir porque esto me da plenitud. También entiendo el esfuerzo de las doctoras quienes, pese a su jornada de trabajo, usan 1 o 2 horas más para nosotros, y también el esfuerzo de cada uno para desplazarse de sus lugares, para venir 1 o 2 horas a la semana. Nos vamos convenciendo que el trabajo en grupo hace todo más fluido. Sola es más difícil. No voy a dar gracias en especial a nadie pero mi corazón está agradecido con cada uno, pero recuerden que nadie, nadie ocupa el lugar de ustedes.

Gracias a la vida que nos ha dado tanto, y a los que no están aquí porque ya se nos adelantaron, también están aquí con nosotros. De veras, de corazón gracias y ojalá no esperemos un año para volver a vernos. Siempre hay lugar para ustedes.

Sesión ().

F. Facilitadora.

F. ¡Buenos días! ¿Cómo es que llegan acá?

X. Esta es mi esposa.

Y. Fui con la Doctora V, hace menos de un año me detectaron diabetes. Por eso estoy aquí.

Z. El es mi hijo. Le dio la diabetes y lo mandaron a él a estas pláticas. Lo mandaron del Hospital de Iztapalapa. De allá nos mandaron acá. (le enseñan un papel que llevan)

F. (lee el papel que le dan). Ah! Esto es para que saquen su cita. ¿Qué médico lo está atendiendo aquí?

Z. La primera vez que vino, él vino solo. Quedé de venir con él pero hubo un malentendido y vino solo.

F. Ah¡ pues está con la Dra. V. Están en muy buenas manos.

Z. Me dijo que regrese después.

F. Esto es como revolvente. Se repiten las pláticas, así que lo que no hayan tomado antes, lo van a tomar después y nunca es repetitivo porque siempre hay algo novedoso. Aquí se habla todo lo que tiene que ver con la enfermedad; vienen especialistas y vienen nutriólogas.

Hay que ver los cambios que hay que hacer en la vida diaria. También se descubren los mitos sobre la diabetes y la dieta. Lo que sí se van a quitar son los excesos. Vamos a reeducarnos en evitar excesos de cualquier tipo porque es exceso con lo que yo crecí. Pero es una medida porque cuando nos ajustamos, la vida es más sencilla para el paciente y el familiar y porque nos damos cuenta que afecta la convivencia porque me sobreprotegen, me dominan, me quieren manejar o a nadie le importa lo que me pasa. También es ver mi entorno, cómo me muevo. De todos modos tenemos conflictos de todo tipo, laborales, emocionales, etc, entonces esos conflictos nos afectan porque nos causa estrés y el estrés me provoca mal manejo de la glucosa. Comprendo cómo descargar las emociones que me causan lo que me pasa y de esa manera vivir mejor, y que el control de la diabetes sea mejor. ¿Qué pasa si la dosis está bien aplicada, pero tengo vida de puro pleito, de angustia? Las emociones que no se saben manejar, las que se reprimen, no las platico, me las guardo creyendo que con eso no afectan; así la glucosa se sube aunque lleve la dieta y el tratamiento.

Aquí llevamos las dos partes, la del tratamiento (el médico que nos da indicaciones), y la emoción: qué hago con mi tristeza, angustia, miedo. Hay que buscar maneras de descargarla sanamente, sin que nos dañen, ni a otras personas. Podemos decir: tengo diabetes pero me siento bien. En mi cuerpo hay una alteración pero estoy bien conmigo mismo porque me siento dueño de mí mismo y de mis emociones; entonces para que la persona viva en bienestar y pueda estar bien, dice me pasan cosas pero yo las manejo. Y a veces este curso se convierte en un curso de años porque se sienten bien.

F. ¿Tú qué les puedes decir, Julián?

J. Buenos días. Gracias. Yo soy diabético. Me diagnosticaron desde los veinticinco años de edad. Hoy tengo sesenta y dos. El primer año creí que era el último. Inclusive en la navidad me despedí de mi familia. Pero he constatado que el médico y la cuestión psicológica es importante. Primero conocí lo oral. Hoy estoy con insulina. Mis familiares me dijeron “ve al hospital, hay un grupo de apoyo. Un médico internista me dijo “tus órganos están bien. Es el momento de empezar con insulina”. Y me deprimí. Pero el grupo me ha ayudado mucho, de 4 años para acá otros más jóvenes que no se estaban controlando, ya se fueron. Tuvieron que migrar, ja, ja, ja.. y yo creo que ayuda mucho tener un proyecto de vida, lo principal es el trabajo para mantenerse pero otros objetivos también. Mi papá tenía fotos y ya llevo dos años montando una exposición de cómo era la comunidad. Vengo de un pueblo delante de Toluca, pero la enfermedad pasa a segundo plano. Hay que tener sus citas con el doctor para estar controlado. Hay que darle importancia, pero no tanto. Tengo cerca de treinta y cinco años de padecerla pero aquí aprendí a reconocer los síntomas de cuando el azúcar está muy alta o muy baja. A lo largo de esos cuatro meses que vine, me sirvió mucho. Les digo, he visto personas descontroladas que ya no están. Ya estoy con insulina y muchas personas les hablan de insulina y piensan que es el último paso y se van a morir, pero no es así. Es que la insulina de nuestro cuerpo no es suficiente. Hoy el motivo de mi visita es que gracias a Dios en el Centro de salud me están dando un frasquito, una botellita de lespro y la vengo a ofrecer.

F. Vamos a esperar, Julián, a que llegue la doctora, para que vea a quién le es necesaria.

J. Sí, claro.

F. Julián dice, yo me inyecto insulina. Esa es una parte del medicamento.

X. Metformina, yo me tomo.

F. Esas son tabletas, pastillas. Hay diferentes nombres y dosificaciones. Pero sabemos que para el tratamiento hay tabletas o insulina como la que Julián se pone.

L. Y hay insulina rápida y no.

F. Así es. Aquí nos han platicado de la historia del uso de insulina. Otra parte importante del tratamiento es la alimentación. Cuando nos dicen “dieta”, la idea que oímos es quedarnos con hambre. Dieta y alimentación es lo mismo. Debe ser suficiente, nutritiva y sabrosa. Nos damos cuenta que dieta es alimentación bien balanceada. ¿Qué quiere decir “balanceada” Fidencio?

Fi. Que lleva todos los ingredientes que hay.

F. Ajá. Hay que integrar en alimentación todos los tipos de nutrientes.

B. Y que sea suficiente.

F. Julián o Fidencio o Lolita, ¿te quedas con hambre?

L. No, hasta me sobra.

J. Y yo, hasta le doy vista a lo que voy a comer.

Fi. Y también hay que manejar los pensamientos, porque si digo que me voy a quedar con hambre...

F. Estamos viendo la fuerza del pensamiento. Porque nos dan dosis según la edad, la actividad que desarrollan y la complejidad. Por eso las dietas deben ser diseñadas para cada quien y no de librito. Y también sabrosa, porque mi pensamiento dice “está horrible” y no me sabe bien. ¿Cómo preparo cosas que me hagan bien y que sean las condiciones de alimentación adecuada?. El tercer elemento en el tratamiento es el ejercicio. En México yo me atrevería a decir que son muy pocos los que están acostumbrados al ejercicio diario. Hay deportistas de fin de semana, pero que de lunes a viernes no hacen nada. Por eso el domingo en la noche o lunes son los días que los hospitales reciben más infartados porque los deportistas de fin de semana hacen ejercicio de más sin tener condición física. ¿Cómo podemos realmente hacer ejercicio? Si me inscribo a un gimnasio a lo mejor no tengo para pagarlo. Y un buen ejercicio es la natación pero no siempre hay alberca cerca de casa. ¿Qué hacemos?

V. caminar.

F. ¿pero para ir al pan? ¿para ir al metro? Es caminar sabiendo que estoy haciendo ejercicio. Cuando yo tengo en mi mente que es mi momento de ejercicio, camino con energía sabiendo que me estoy ejercitando, lo hago con consciencia, sistemático, pero además lo disfruto. Conozco gente que dice “chin, parezco perro callejero. Me mandaron a caminar”, entonces me enoja, protesto, “hasta las banquetas están rotas”. Todo se debe hacer con gusto, convencidos de que está bien para ti.

Hay un cuarto elemento en el tratamiento. Aquí hay corredores que todos los días van a hacer su ejercicio. Pero yo creo que la mayoría somos flojones para hacer ejercicio. Si queremos algo, realmente se logra. Vino una persona que nos dijo, “no tengo espacio en mi cuartito”, pero hago esto (muestra los movimientos como de caminar aprisa en un lugar fijo) como si estuviera caminando 15 minutos. Y estamos hablando del cuarto elemento que se llama manejo de emociones. Son 4 que componen nuestro manejo de la diabetes. ¿Cuál es el más importante?

R. Los cuatro.

F. Como los dedos de la mano. Cualquiera de ellos es tan importante como los otros. Si le das importancia a la alimentación, ¿qué pasa con los otros?. Es importante saber qué hago con mi tratamiento. Me recetaron una pastilla en la mañana, otra en la noche y no vuelvo con el médico. Y así no es el asunto. Tenemos que estar actualizados.

G. Hoy viniendo en el metro ví que hubo un congreso en la UNAM, hoy le llaman enfermedad metabólica y es la primera causa de muerte, y el sobrepeso está afectando a mucha gente.

F. el sobrepeso es un factor asociado con la diabetes.

L. Y no sólo el sobrepeso. Me dijo un doctora que yo no estaba diabética. Si no es porque yo sé, me voy con la finta. Aquí voy a esto, si no estoy lista, me la creo que no soy diabética porque salí con sólo 80 de azúcar.

F. una persona sin diabetes, es una persona que en ayunas debe tener de 70 a 100 o 120.. pero esto es...una medición que debe checarsse repetidamente.. Qué bueno que están atendidos por la doctora Vargas. Esto es como su hobbie. Ella, con otra doctora, crearon este programa porque vieron la necesidad de dar información. ¿Saben ustedes qué es la diabetes?

Y. es una enfermedad degenerativa. Mi abuela era diabética. Iba cada 6 meses a revisarse, nunca tuvo problemas de riñón ni de ojos y mi hermana y mi mamá son diabéticas. Yo creo que llegar aquí es bueno. A veces llegar es un problema. Había una fila muy larga. Llegué seis minutos tarde y me dijo la enfermera “es que el doctor no recibe después de la hora”. Yo le dije “está bien. Si el doctor no está interesado en recibirme, tampoco yo estoy interesado en que me vea”. Reprogramé y me tocó la doctora Vargas. Sé que se tiene que atender y tener actitud de entender y estoy contento de estar en este taller porque creo que me va a ayudar mucho. Yo creo que así está el éxito en el señor de más de veinte años a la señorita. Y como dice la psicóloga, se encuentra la banqueta rota, pero sí creo que es la actitud.

F. Muy bien, me cuesta trabajo hablarles de usted, mejor les hablo de tú. Hablaste del factor familiar. Es una tendencia que está ahí como una semillita. Si alguien de la familia tuvo diabetes, especialmente un padre, ya traen carga de generación y si tienen hijos, hay que enseñarles que por ser raza latina, ya tenemos predisposición a la diabetes.

Fi. Pero por ser mexicano y cómo nos alimentamos..

F. Pero ¿ cómo se alimentaba el mexicano antes? No teníamos ese problema. Antes no se veían niños obesos, les llamaban “esmirriados” porque estaban flaquitos, desnutridos. Ahora por la fastfood y nuestros cambios alimenticios, cambios de vida, ya poca gente vive relajada; los niños han disminuido considerablemente su actividad física. Los niños corrían y saltaban. Ahora cada vez más personas están sufriendo este padecimiento, y cada vez más jóvenes. Hay que echar marcha atrás para prevenir y controlar. Esta enfermedad llegó para quedarse. No se ha encontrado la cura. Curarse significa que el páncreas vuelva a producir la cantidad necesaria de insulina, pero no se ha logrado; sólo controlar y ¿cómo la tengo que controlar? Cuidándome y apegándome al tratamiento. No sólo esta semana sino siempre. Una persona que se ama y quiere vivir bien, modifica sus hábitos, costumbres y creencias.

V. A mí me enseñaron que con una raicita me podía curar de muchas cosas, pero no estoy seguro..

J. Fíjense, por mi trabajo, sin afán de ofender a nadie. Pero de lo que se mueren los de juegos mecánicos que van a toda la república, de lo que se mueren, los varones es por accidentes. Pero en primer lugar por la diabetes y por amputación de riñón. Y repito, diabetes porque la forma de vida en la feria, la forma de vida es comida. La feria del mole, de la nieve y la vida sedentaria. O no tengo horario para comer. Yo trabajo para la época de cuaresma hacia el lado de las grutas de Cacahuamilpa con mameyes del tamaño de un balón. Decimos, ¿cómo se va a quedar? ¿cómo se va a desperdiciar? Y con el calor, con la Coca-Cola sí se me quita la sed y alcohol.. Con una caguama se me quita y como mucha comida con mucha grasa. Y luego va mucha gente a los santuarios a invocar salud, pero cuando ya están enfermos. Y sí hay mucho misticismo, primero va uno con la fé del

mundo para que me devuelva la salud y afuera el brujo vende las limpias o las pastillas. A mí me han concedido algunos remedios. Me han picado en Guerrero y Morelos alacranes y me dieron remedios. Y hace un mes en una feria venden polvos por kilo. ¿Para qué estás malo? Por ejemplo, hay un señor que viene de Puebla y vende pastillas.. es chistosísimo. Dice “¿saben qué es la conjuntivitis? Un conjunto de enfermedades”. Ja, ja... se los juro. Otro es el mago Yaro. En un garrafón vació alcohol, mariguana, xilocaína, una yerba que huele como a iodex y alcohol industrial. Y se fue al cerro, puso a secar yerbas medias verdes y decía “regáleme su dolor”.. hizo una lana. Luego los que se van hincados a la peregrinación, no le inyectó, le puso piquetitos. Llego una señora y se hinca, les bajó a la corte celestial pero les dice, esta medicina se pone en noche de luna llena. Pero a lo que voy es que no va uno a buscar al doctor, sino busca yerbas y creo que la herbolaria ayuda. Ora para la diabetes, no sé qué pone y va en un litro de agua y dice que se toma como agua de tiempo.

V. Eso le pasó a mi abuela. Se tomó una raicita, dale un tecito. Se la tomó y le bajó el azúcar a 20 y se murió de un coma diabético. El problema no es la raicita, porque de ahí vienen las medicinas. **El** problema es que no saben la dosis. Tu podías escribir un libro porque somos flojos para pensar.

R. Mi primo murió. Era diabético. Tenía sesenta y cuatro años y dijo que iba a unas agüitas pero le fue avanzando la enfermedad y perdió la vista y luego perdió unos dedos pero no quería la hemodiálisis y nada más aceptó tres y ya. Pero perdió mucho tiempo y empezó con el danonino o ¿cómo se llama la fruta?

V. Noñi.

R. Pero llega el momento en que la desesperación te da y yo también he ido, que tómate la orina y no sé qué tanto...

C. Yo conozco a un señor que ha hecho mucho dinero y dizque muy sano y muy naturista y yo lo vi echándose unos tacos de cecina... se llama Shaya Michan..

F. Vamos a procurar no echarle a los demás..

J. es que es muy usual entrar al templo a orar por algo que nosotros no hacemos.

F. aquí tenemos que ver que tenemos una gran responsabilidad cuando recibimos la vida empacada en un cuerpo. Adquirimos la responsabilidad de qué hago, cómo uso lo que me dieron. Hay muchas personas que no cometieron excesos, cuidaron su cuerpo y se enfermaron y es un reto qué hacen con su enfermedad. Pero en otros casos, la actitud es de “tú cúrame” y yo no hago mi trabajo de aprendizaje. Aquí simplemente con los compañeros vas a aprender a cuidarte. No tienes que hacer cola, no haces cita y no te cuesta un centavo, pero no quieras que otros hagan por nosotros lo que yo no quiero hacer.

V. Hay un dicho que dice “no me ayudes, que yo me ayudo”.

F. Aquí tuvimos un señor muy lindo que estaba muy mal y con ayuda de las doctoras había mejorado. Yo les decía, “en diciembre, por favor cúdense especialmente, porque es temporada de

excesos". Cuando regresaron, en enero, pregunté cómo les había ido y me dijeron que todos muy bien, y él dijo: "a mí me salva la fé . En mi casa hicieron pozole y yo les digo dénme un platito de pozole y luego se me antojó otro y dije ¡oh Dios mío, tú no vas a permitir que me haga mal!". Bueno, es la fé mal entendida. La fé está hasta en el médico. ¿Me inspira confianza? Porque si no me gusta como me trata y me da medicina, digo "esta canija pastilla". O la veo como bendición y agradezco. Digo "esta pastilla me va a ayudar". Puedo con fé pedir fuerza para apegarme al tratamiento.

H. Yo vengo al grupo de obesidad y sólo hay un puesto de más o menos comida sana, donde venden pepinos y verdura. Pero están los puestos del tamal en aceite, los tacos, hay un señor con tapabocas pero junto a una laguna de agua negra.

J. es lo que decíamos, está lleno de basura y puestos de comida, es un paradero..

F. aquí en el hospital han hecho campañas y quitan ambulantes, limpian, bachean, pero a las dos semanas ya está igual.

J. El hospital está en remodelación total y reactivarán cosas buenas. Calculan que en cinco años van a estar mejor. A ver si le echan ojo a las banquetas.

G. Mi papá murió no de diabetes, pero de las complicaciones de la diabetes. Mi hermano estuvo en casa muy enfermo, de triada de pulmón, riñón, corazón y un paciente así en casa es muy difícil. Aprende uno muchas cosas en el Centro Médico. Pero cuando voy en el metro y entran los vendedores con la música a todo, yo tengo que hacer mucho esfuerzo y cuando se para el metro con tanta gente, me da claustrofobia y no puedo respirar.

F. esas son las cuentas que nos tocan.. ¿qué me queda si ya vivo en México?

C. Si yo estoy concentrada en lo que estoy, si de principio me pongo de malas porque tomo el transporte público y yo soy diabética, la música sigue tocando y quién se va a poner de malas, porque la enferma soy yo...

J. Y la cola de aquí y que no avanza, o el que te pide tus papeles para entrar y no los traes y no te quiere dejar pasar..

C. la primera vez es sorpresa y uno dice, pero no me vuelve a pasar..

L. ¡qué paciencia! Es para darle un premio a Conchita.

F. No es paciencia, es sabiduría. ¿Mi enojo va a hacer que me dejen pasar, Conchita? No, va a provocar que mis triglicéridos aumenten. Entonces, ¿cuál es la mejor respuesta que puedo usar? La relajación, que no es ser paciente, sino hacerme uno con el ambiente, no peleo con ello. Nos pasa con la enfermedad. Primero la negamos, "a mí no me puede dar diabetes" "el doctor se equivocó". Cuando el proceso se va complicando, llego a la aceptación, no me alegro pero sé que tengo diabetes, si no, estoy todo el tiempo pegándome contra la pared y estamos siempre luchando contra nosotros mismos. Después hacemos todo lo posible por ayudar, por aprender qué estamos haciendo con la enfermedad. Y son afortunados porque hoy viene la doctora que viene a hablarnos del riñón.

M. ¿Y será que la ansiedad tiene que ver con la diabetes? ¿eso también es ser muy estresado? Yo tengo muchas cosas que hacer y siento que me da taquicardia.

F. Sí, eso causa estrés. Si no tomas tu medicamento a la hora, te puede dar sudoración. Y decimos, “como tiene diabetes, tiene mal genio”. Es que se producen estados de malestar y provoca irritación. Tú lo has dicho, “sé que me bajó el azúcar porque me siento de tal o cual forma”. Todo esto lo vamos a aprender y con el testimonio de otros, vamos sabiendo más.

G. Sí, porque una subida la pueden controlar, pero una bajada de azúcar, es peor.

Fi. A mí se me olvidó pasar por el cañón (de la computadora). Dice la doctora que dentro de 8 días regresa.

F. Yo creo que dentro de ocho días no hay sesión, porque es primero de noviembre.

Fi. A mí se me pasó.

F. o.k. Lolita, ¿me haces el favor de subir con la doctora y comentarle y que avisemos que dentro de ocho días no va a haber sesión? Y posponemos la plática porque es super importante que vayamos conociendo nuestros órganos. ¿Cuáles son sus nombres? (pregunta a los recién llegados)

X y Y, Z, N, T, B, Q,

F. ¿sabemos dónde está el páncreas?

G. cerca del hígado, por aquí, en esta región.

F. X, ¿dónde está el páncreas? Bueno, tenemos el estómago y va de aquí a acá. Tiene cabeza, cuerpo y cola. Dicen que tiene forma de hoja. Yo no se lo he visto. Y en las células beta produce la insulina y la glucosa necesita la insulina para que todas las células del cuerpo reciban la insulina. Si no es suficiente o de buena calidad, entonces la glucosa se va al torrente sanguíneo y decimos: “tengo diabetes o glucosa en la sangre”. Por lo menos lo visualizamos y podemos hablar con él. ¿Quién de ustedes acostumbra hablar con su cuerpo? . Dicen “ésta está loca”. Ja, ja. ¿Tú, Fidencio?

Fi. Yo sí.

F. ¿a quién se le ha ocurrido darle gracias a sus pies?

T. Yo vivo por el eje 10 sur y había un joven en su silla de ruedas. Estaba íntegro, no amputado y veía quién le podía ayudar a bajar la silla de ruedas en las escaleras del metro, podía dar pasos , pero no caminar. Y el otro joven que estaba cerca de mí se fue y me dijo, “no seas malito, ayúdame a subir la silla de ruedas”. Ya lo ayudé. Me dijo “agárrame de aquí”. El joven se subió. Le pregunté que a dónde iba. Iba a Tacubaya. Se iba a trasbordar hasta ahí nomás le ayudé, pero vino a mi mente que al cuarto para las ocho hay un mar de gente y que pueden atropellarlo. No sé si va a recuperarse al 100%. Me puse a pensar la importancia de los pies que sostienen todo el cuerpo. Ayer lo ví con ese ejemplo. Ya no lo pude acompañar porque se me hacía tarde para mi trabajo. Le dí una palmadita y le dije “cuídate mucho y que alguien se compadezca más adelante”. Y era más joven que yo.

F. No debemos esperar a tener un padecimiento, para dar gracias... ¡Buenos días, doctora! Quiero que conozcan a la Dra. Villalobos, que nos está ilustrando siempre con su sabiduría. Nada más cerremos el tema de acuerdo con lo que tenemos. Tengo un cuerpo que funciona, como dice alguien, “pues ahí a jalones”, pero funciona. Podemos compararlo como si tuviéramos un auto. Hay quien sólo le pone gasolina; otros le ponen aceite, lo llevan al taller, lo cuidan...

J. lo malo es que no lo podemos cambiar, ja,ja.

G. o necesita hojalatería y pintura.. ja, ja.

F. entonces yo pienso en mis pies, no sólo porque veo a otros que no tienen, sino por el trabajo que he hecho. Agradecemos, agradezcan lo que tenemos. Hablen con su cuerpo. “Eres el mío, gordo, chaparro, feo, como seas, pero eres mío”. El próximo jueves no vamos a tener sesión. Pero la otra semana, sí.

Dra. Tenemos aquí quince personas. Pasen la lista. No creo que nos quiten el aula, pero es que necesitamos que haya un registro. Muchos la necesitan.

F. Esta aula, así como la ven, es nuestro refugio y con esta lista de asistencia, las autoridades saben que se está aprovechando.

Dra. Como ustedes saben, este es un curso que se lleva cuatro semanas.

F. cuatro meses.

Dra. Sí, y empieza con una plática de la diabetes.. Todos los pacientes desordenados que no van a consulta, que no van a tomar medicamento, que son desordenados.. esa frase de hablar con su cuerpo me gustó mucho. A ver, cuerpo, ¿qué le duele, qué le pasa? Sabemos que es una enfermedad degenerativa, significa que no tenemos medios para curarla. Como un apéndice que quitamos y ya. Yo creo que en poco tiempo va a aparecer la cura, a lo mejor con implante de alguna célula, o una medicina, pero les va a funcionar a cuerpos que estén más sanos, en mejores condiciones porque si el cuerpo está muy deteriorado, el médico no le va a decir “usted es candidato para su cura,” si ya está muy deteriorado. Qué bueno hacer fila de esos pacientes para la curación. Bueno, seguiremos en la siguiente.

Sesión

X. Venimos de San José Apulco. Vemos gente tan puntuales como ustedes, y los doctores en cambio, llegan muy tarde. El no se atiende aquí, pero yo tengo cita para hoy y mañana.

F. ¿qué les pareció la plática sobre insulina?

X. muy bien.

F. A veces los médicos se ven presionados por un paciente tras otro y no les da el tiempo.

X. Sí, es lo que estuve platicando con el médico. A mí me da la insulina más leve.

F. ¿le está haciendo bien?

X. Sí. No llevo una dieta muy rigurosa y voy mejor. Ayer comí tacos de pollo, cuatro tortillas, un refresco coca light y a las dos horas salí con 130.

F. ¡ah caramba! Muy bien. Muy buen resultado con ese tratamiento. ¿A qué hora se inyecta?

X. en la noche.

F. ¿Y ahora ya tomó algo?

X. Sí. Un café.

F. Bien. Oyendo a las personas del laboratorio, nos damos cuenta qué importante es tener un horario y ajustarse a él. Por ejemplo, uno maneja un tráiler y encontró la solución. Compró loncheras térmicas. Se van encontrando maneras. Lo importante es despertar la consciencia de lo que se debe hacer. Es desarrollar estrategias. Aquí sabemos que el tratamiento, el medicamento puede variar. ¿Cuál conocen ustedes?

X. Meformina..

F. bien; o pastillas, o insulina inyectada. Ese es el medicamento. También tenemos la nutrición.. ¡hola D!.. la nutrición es balancear, es decir, que cubra los nutrientes que requiere el organismo; que sea balanceada, suficiente y organizada a sus horas. Quiere decir que el paciente no se va a quedar con hambre; no es sacrificio. No me quedo con hambre pero tampoco voy más allá. Comemos más por el gusto de comer, que por la necesidad de nutrirnos. Hablamos de proteína, de vegetales. Nos damos cuenta que comemos más de lo que necesitamos. Por ejemplo, ¿4 tacos en todo el día o nada más en la cena..?

X. Yo sí, en la tarde y en la mañana. Dos tacos en la tarde..

F. ¡Buenos días! ; Hola B! (se acerca B. y besa a F)

F.. o.k. entonces hablamos de lo balanceado: carne, verduras, carbohidratos. Necesitamos escuchar a nutriólogos que nos van orientando.

(llega otra F.)

F. necesitamos ejercicio. Un doctor nos decía “hay que caminar” y un mensajero le decía: “yo camino todo el día”.. Eso no es ejercicio, tiene que ver con la intención, con el propósito. Por ejemplo, yo tengo que caminar doce minutos para llegar al metro. Nos damos cuenta que la mente interviene. Yo digo “esto es mi ejercicio, la idea interna, clara, que esto es ejercicio. A veces nos movemos incluso sentados. Son ejercicios suaves. Y también tenemos el manejo del estrés. Hemos dicho “manejo de emociones”, “descarga de emociones”, ¿cómo se entiende esto del manejo? ¿B?

B. Debo de respirar, hacer ejercicio, pero lo que más me ha servido es la respiración y a veces muerdo la almohada cuando estoy muy estresada..

F. bueno, a veces son nuestras preocupaciones..

Y. ¡buenos días!

F. ¡buenos días!. A ti, ¿qué te estresa? ¿qué te preocupa?

X. algo que uno tiene que hacer.

F. ¿a ti, qué te estresa?

Z. cuando tengo trastes sucios y la casa tirada.

F. ¿a ti, F2?

F2. Cuando tengo mucho trabajo que entregar, o cuando tengo muy poco trabajo.

F. ¿a ti, M?

M. algo que no puedo resolver, los papeles que tengo que llevar a la calle.

F. Bien, para yo poder atender la enfermedad, yo tengo que atender estos 4 elementos. ¿Cuál creen que es más importante?

F2. Pues los 4.

F. Muy bien. Todos están interrelacionados, son como los dedos de una mano. El tratamiento le corresponde al médico. No es muy seguro confiar en consejos o recomendaciones de buena voluntad pero que no necesariamente están bien enterados. Con la nutrición, ¿quién nos puede ayudar? ¡el nutriólogo! . A veces alguien nos dice cosas de sentido común: bájale al refresco. Hay quien dice “ya me cansé de comer lechuga” y no puede sostener un hábito, pero el nutriólogo nos puede dar muchas opciones. Para el ejercicio, ¿quién nos puede orientar?

G. ¿un médico del deporte?

F. ja, ja, sí, pero aquí no tenemos. Bueno, L el otro día vino. Pero hay una Caminata Nacional y antes de empezar, al diabético le toman signos, glucosa, presión arterial y le dicen cuánto puede caminar. Ya va a ser. Recuerden que estos pasos son para ejercitar mi cuerpo. A veces, caminar es un modo de descargar, o para meditar. Lo más fácil es caminar y mi cuerpo me va avisando hasta dónde. No necesitamos ser atletas. Simplemente una caminata vigorosa; es conveniente que el corazón se esfuerce un poquito y luego le bajamos. ¿Quién nos va a ayudar a manejar el estrés?

S. uno mismo.

F. Bien, yo ya me hice conchuda. La casa no me estresa, puedo decir, no tengo problemas pero simplemente vivir en esta ciudad, el tiempo que no nos da para llegar, hay un tipo de estrés que notamos y nos jalamos los pelos; pero hay otro que no notamos, pero con el tiempo el estrés se va asentando y veo otro y otro y otro. Digo “yo no era tan enojón”. ¿No será que tengo capas y capas de estrés que acumulamos? B. dijo algo, “yo respiro y muerdo la almohada”. Y dicen, “el cuerpo grita lo que la boca calla”. Entonces nos sorprendemos: “¿Qué me estará pasando, que me hace daño

el pollo que me comí? ¿por qué muy seguido me duele la cabeza? ¿por qué me resfrío muy seguido? . Miren qué interesante: (Lee una hoja escrita que dice:

“Cuando el cuerpo grita.. lo que la boca calla. Muchas veces el resfrío” chorrea” cuando el cuerpo no llora. El dolor de garganta “tapona” cuando no es posible comunicar las aflicciones. El estómago “arde” cuando las rabias no consiguen salir. La diabetes “invade” cuando la soledad duele.)

F. esto es algo novedoso para mí, que relacionen diabetes con esto. (Y continúa la lectura:

“el cuerpo “engorda” cuando la insatisfacción aprieta. El dolor de cabeza “deprime” cuando las dudas aumentan. El corazón se “afloja” cuando el sentido de la vida parece terminar. La “alergia” aparece cuando el perfeccionismo está intolerable. Las uñas se “quiebran” cuando las defensas están amenazadas. El pecho “aprieta” cuando el orgullo esclaviza. La presión “sube” cuando el miedo aprisiona. Las neurosis “paralizan” cuando el niño interior tiraniza. La fiebre “calienta” cuando las defensas explotan las fronteras de la inmunidad. Y tus dolores “callados”. ¿cómo “hablan” en tu cuerpo?. Elige a alguien que te pueda ayudar a “organizar las ideas”, “armonizar las sensaciones” y recuperar la alegría. Todos precisamos saludablemente de un “oyente interesado”. Pero todo depende, principalmente, de nuestro esfuerzo personal para hacer que sucedan mudanzas en nuestra vida.”)

F.Esto nos dice alguien. No sabemos quién.

Podríamos hacer un autoanálisis. ¿qué es un oyente interesado? ¿quién sería para ti un oyente interesado? Alguien que me escuche sin que me dé recomendaciones ni sugerencias. Sin que me juzgue. ¿Ustedes encontraron alguien cercano? Lo más difícil es encontrar alguien. “me llevo muy bien con mi hermano, pero no le diría mis dolores callados”. Hay quien cree en alguien superior a quien vacían su corazón en una plática. Pero todo depende principalmente de nosotros, para tener una intención formal de hacer cambios en mi vida. Es una decisión personal. De aquí podemos ver que mi cuerpo grita, y ni así lo oímos. No es suficiente que me duelan mis piernas y no vemos cómo estamos viviendo. Y decimos, “pues así lo quiso Dios”; “pues ni modo, así me pasó”. ¿Quién me dice qué me pasa? . El doctor me va a decir: “es un mal funcionamiento” de mi páncreas, pero yo tengo que hacer un viaje interior, buscar las causas que se han acumulado. A lo mejor la diabetes no me la puedo sacar del cuerpo, pero puedo aprender a vivir con ella no de una manera deprimente, me puedo seguir riendo. Y esto dice: “Siempre hay que reír cuando se puede, pedir disculpas cuando se debe, dejar de lado lo que no se puede cambiar, amar profundamente, perdonar rápidamente.” . Si estoy consciente de mi estrés, si sé cómo descargarlo, de seguro mi cuerpo no va a acumularlo. Ni M, G o yo somos médicos, pero podemos ser un oyente interesado y podemos compartir con ustedes modos de descargar el estrés; si se considerara enfermedad, sería la enfermedad de todos, aunque no tengamos diabetes. Yo te invito, M, a darnos unos modos de manejar el estrés.

M. Si estamos aquí, por ejemplo, respirar. Si estoy sola, puedo gritar. Si estoy en la cama, puedo hacer ejercicios de tensión contra relajación. Aquí sentaditos podemos hacerlos, quitando

todo lo que tenemos encima (bolsas, suéteres); es apretar nuestro cuerpo desde los dedos, las piernas, las uñas, los cabellos (sic) y vamos a apretar lo más que podamos y, soltamos. Primero una respiración profunda y sacamos el aire. Ahora apretamos uñas de dedos, pantorrillas, todo todo, las orejas y cuando no pueda más, con un grito con fuerza saco todo el aire.

J. ¡buenos días!

F2. ¡buenos días, bienvenido!.. las manos con fuerza, los pies, y cuando ya no podamos más, exhalamos con fuerza, que se oiga. Claro, si estamos en público, sin sonido. Pero si estamos solos, podemos sacar un sonido. Ahora parados, nos ponemos de pie. Apretamos todo, todo nuestro cuerpo. Sí se nota la diferencia (sic).. músculos, piernas, el abdomen, los ojos, los dientes, hasta que ya no pueda más. Muy bien.

H. ¡buen día!

F2. ¡hola!

F. Aquí vemos cómo el estrés nos afecta. Por eso luego hay dolor de espalda, cuello, porque los músculos están contraídos y nos da dolor porque el estrés me hace estar tensa y me dice que no he podido descargar el estrés. Nuevamente la intención de que con cada grito que dé, estoy soltando estrés. Ahora sentados, imaginen que hacen garra con sus pies. ¿cuánto aguantarían? ¿hacemos la prueba a ver hasta cuándo? Se va desarrollando la tolerancia al estrés. Aparentemente no nos damos cuenta hasta que el cuerpo grita. Tenemos que estar en contacto con nuestras emociones. ¿Cómo me sentí? ¿Tengo tristeza, enojo? Todo esto hay que tomarlo en cuenta para estar presentes, saber más de mí. Tomemos el día de ayer. Piensen medio minuto cómo fue tu día de ayer..

X. estresado.

M. didáctico.

H. un tanto incómodo.

F. ¿tú eres P?

D. no, D.

F. ¿cómo fue tu día?

D. tranquilo.

G. variable.

L. tenso.

Z. ocupado.

N. estaba pensando qué palabra utilizar porque traté de olvidar algunas cosas.

F. ¿tú, F2?

F2. De aprendizaje.

J. el mío fue de placidez.

R. me dí cuenta de lo que me estaba pasando.

F. ¿T?

T. yo estoy aprendiendo a vivir con lo bueno, porque antes se me pasaba la mano. Ahora mis tíos me dicen: “¿qué te pasa que estás alegre?”. Ahora busco solución. Mis tíos me dicen: “no, es que a ti ya te lavaron el coco”.

F. Y si en tu día hay algo, ¿tratas de solucionarlo y no te sale bien?

T. pues no me engancho porque saludo al vecino y él no me saluda y me echa su mala vibra, pero no me engancho. Y es que antes era diferente, me ponía una gorra para no saludar; me sentía menos que los demás. Estaba muy flaco y me sentía mal, estaba muy enojado y con miedo. No sabe uno de la enfermedad; te vas a morir y eso. Si uno piensa que sí, se puede. Si no, no.

F. Muy bien. Has aprendido a ser de otro modo.

T. Yo antes era muy negativo y ahora estoy tratando de ser más positivo.

F. y ¿cómo lo has logrado?

T. Poco a poco; no en todo. Ya no tanto como antes. Lo he hecho analizando de qué me sirve enojarme o tomarlo así, o hay veces que empezando por fuera porque no es tan fácil sentirlo.

F. ¿te refieres a tu imagen?

T. Por ejemplo, con mi familia no me llevo tan bien. Me cuesta estar de buenas. Ahora, si veo a otra gente, no tengo por qué enojarme con ellos, porque no estoy enojado con ellos. Ahora descargo, hablo, me desahogo, me siento acompañado, no tan solo y no tan enojado.

F. ¡Ah! Y tu enojo lo estabas poniendo en todo mundo y ahora ya distingues..

(llega una señora) ¡Hola C.!

T.. me preguntaban, ¿estás enojado? Y decía yo NO. Ahora ya es diferente.

F. Sí, no podemos ocultar lo que traemos. Es un cambio de expresión, se nota, surge de uno. Dicen: “amor y dinero, no se pueden ocultar”. Y decimos: “¡qué padre personalidad de esa señora, porque se nota que está bien!”. ¿Hay otra voluntaria para hablar?

B. Me quedé pensando en la soledad. A veces no me siento sola y de repente llega alguien pero es un respiro y luego regresa la tristeza y preocupación.

V. Es que lo que yo creo es que los problemas no se van a acabar, pero se necesita un apapacho. Pero yo antes creía que sólo yo me sentía así. Y luego oí a otros y sentí alivio. No soy la única loca. Yo pensaba, “si mis papás no me abrazan y no puedo confiar en ellos, no puedo confiar en nadie”. Ahora me doy cuenta que puedo confiar en otras personas más que en ellos, mi abuelita y mi papá me hicieron muy desconfiado. Yo sé que hay gente que me quiere y que sí puedo confiar en ellos.

F. Hace rato hablábamos del oyente interesado y decíamos que a veces es más fácil hablar con alguien más lejano. A veces los cercanos quieren hacernos cambiar. Pero otra persona nos escucha y buscamos nuestro propio camino. Podemos revisar si lo que nos inculcaron es verdadero. Ya tienes la advertencia de tu papá: “no confíes”. A lo mejor porque a él no le fue bien. Pero tú puedes experimentar si eso es para ti. Bien.

G. Yo quería hablar de la soledad. Hoy la puedo hacer más luminosa, a veces es una amiga o aliada. Es ver qué cosas buenas tiene esa soledad. Pero a veces estoy sola pero para estar conmigo misma, y el poder superior, ya somos multitud.

D. Yo a veces no quiero ver ni saludar a los chismosos del edificio, “¿ya sabe usted...?” .. y me cuesta trabajo quedarme con ellos. Y luego el hijo de un vecino nunca me saluda aunque yo lo saludo. El otro día, un vecino salió en una revista y dije: “hijo del maíz, mucho homenaje y ni siquiera sabe saludar”. Pero siempre me engancho.

F. muy bien...

F2. El sol es solo pero es una totalidad. Entonces la soledad es uno y la desolación es otra cosa porque nacemos y morimos solos. Pero podemos aprender a estar y disfrutar de uno mismo. Pero también hay veces, momentos y circunstancias donde la soledad pesa. No sé si me dí a entender.

H. Sí, pero a veces puedo ir a buscarte y pedir, necesito que me abrases.

B. pero a veces me siento sola.

F. o.k. a veces es como conformarte. Te causa estrés porque no es plácida para ti. Entonces tienes que buscar qué hacer. Tú tienes que encontrar la manera. Es buscar alternativas. Lo peor que podemos hacer es quedarnos con los brazos cruzados.

G. ¿Cuándo no hay para ti?

F. Lo acepto. Como la oración que hemos escuchado: “dame fuerza para cambiar lo que puedo, serenidad para aceptar lo que no puedo y sabiduría para conocer la diferencia”. Pues aceptar y ya no te estresas. Si no, sobre la soledad, estrés. La soledad, es estar sola. La desolación, es estar vacío. ¿Cuál creen que es más doloroso?

B. la desolación.

F. o.k. puedes estar en el zócalo y sentirte sola. O en la punta del cerro, y estar plena. Hay que ver si tienes un vacío y cómo llenarlo. Dicen, llenan todos tus vacíos, con amor. Y no es sólo amor de pareja. A veces se llena con servicio: desde acompañar a tu mamá a las consultas. Es ese sentimiento de hacer algo por otro. Esa actitud de servicio, llena. Creemos que estamos dando, pero recibimos. Si es una sensación de vacío, es una realidad que estamos solos, somos únicos. ¿Tú te llegas a sentir sola?

R. en ocasiones sí, aunque están mis hijos y mi esposo. En ocasiones yo los rechazo. Llegan a besarme y yo les digo ¡no, ya basta, no tengo ganas!. No sé si es soledad o estrés pero los rechazo, es que son muy empalagosos. No sé si es, posiblemente, yo de chica de mi mamá no tuve eso y ya de grande me decía “mi chiquita”, y yo lo sentí hipócrita. Con mis hermanas era distinta, pero traigo esto que me enseñó mi madre a rechazar.

F. Y también hay algo que nos ataca. No sabemos recibir. No nos abrimos a recibir.

G. Como que nos lo enseñaron.

F. Sí, hay que ver si recibir afecto creo que me hace vulnerable, prefiero poner límite porque con tu ternura me hago sentir débil. Tanto tú como yo tenemos que revisarlo.

G. es que se te pueda revertir el daño..

F. mi mamá era seca, no había tiempo. Me decía: “a mí no me den gente melosa”. Con el tiempo tengo que interpretar qué me quiso decir. Yo quiero ser fuerte y la ternura me debilita. También hace rato F2 dijo algo de humildad, también tenemos que aprender a ser humildes. M, ¿tienes algo que decir?

M. no, trato de ser feliz con lo que tengo.

F. ¿Y en cuanto a la soledad?

M. Me gusta estar sola, lo disfruto. No me siento sola.

F. ¿y tú, N?

N. tuve un problemita y el mayor me dijo que soy de dos caras y digo sí, porque antes me dejaba y ahora saco las uñas. El (se refiere a su ex-esposo) dijo “yo les dí de tragar a mis hijos “ y él les pide. Yo no les pido. Yo me fui a trabajar jueves y viernes y el dinero no se entregó. Yo le contesté a mi hijo: “hay que esperar hasta que la persona tenga el dinero”. El (el ex-marido) me trataba muy fuerte, con maldiciones y todo. Y antes de venir, yo me dejaba y ahora no. Y cuando me dice algo, me pongo a llorar y después me siento mejor. Y él me dice que tengo dos caras..

F. y tú, ¿qué crees?

N. que sí tengo dos caras. Porque quiere que después de 19 años que ya no está conmigo lo aguante. Le aguanté treinta años y ya no. Estoy sola y me siento bien.

F. dicen que la gente recuperada, no es cómoda.

N. Sí. El (el ex-marido) me habló y me dijo que si lo acompañaba y le dije “no, los límites los pongo yo en mi casa” y se quiere volver a meter.

F. órale, ¿qué tal que te reconquistaste?

Todos ríen, incluyendo a N.

F. y tú, H, ¿qué nos puedes decir de la soledad?

H. yo desde muy chico estaba solo. Me van a operar, dicen que con diabetes, las emociones se enloquecen. Pero no quiero aquí a mis hermanos. Aquí (señala al grupo) están mis compañeros.

F. no querías que te complicaran la vida tus hermanos.

H. no.

F. ¿has sentido la desolación?

H. yo creo que no.

F. aprovechando que estás aquí, porque puede ayudar a otros a cuidarse, ¿quieres narrarnos cómo fue que descubriste el problema que tenías en tus pies?

H. resulta que estaban todos aquí y nos dijeron que era importante revisarnos los pies. Yo y mi pareja habíamos ido a la playa de Veracruz y había chapopote. Yo creí que era chapopote. Me revisé mis pies y vi una manchita. Y crecía la manchita.

F. ¿te dolía?

H. No. Le dije a la doctora y me envió a vascular. Allá me dijeron que tomara aspirina y le comenté a la doctora y me dijeron que podía ser otro problema y me mandaron a dermatología. Voy a dermatología y dijeron “esto es grave y de esto se puede morir”..

(llega la Dra. V)

..y me hicieron una biopsia por febrero y me dijeron “si se siente mal, o supura se viene a urgencias y si no, nosotros le hablamos”. Y me programaron para operarme en junio y me operaron y me quitaron todo el talón. Ahoy me revisan cada cuatro meses. Y me van a dar de alta en cinco años.

F. resultó que tenía células cancerosas. Le pedí a H. que nos contara, porque es importante la revisión de los pies. No revisar sólo las manchas, sino la grietas, los callitos, todo es importante. Bueno, tenemos la visita de la Dra V.

Dra. Esto es bueno, estas pláticas, estas reflexiones. Yo espero que tengamos más gente asistiendo.

F. Como ya no hay invitación en cada sala, pero seguimos trabajando.

Dra. Está bien. Este jueves avisamos que vengan aquí y que haya más Calevi. Los jueves participan Cálevi y la Dra.

F. Sí, a la Dra Vi. Le damos su espacio.

Dra. Está bien, ya no los interrumpo.

H. Ya pedí consulta con usted y me la dieron para el 10 de este mes. Ya la veré.

Dra. Claro que sí.

H. es muy interesante estar aquí. Ya se acabó el problema de la diabetes para mí, porque uno conoce a alguien que se murió por eso o le cortaron el pie. Somos como trece millones de diabéticos y aquí aprendemos muchas cosas. Luego decimos, me hizo falta dos taquitos y nos deprime la rigurosidad de la dieta. Por ejemplo, yo baje 15 kilos, de 90 a 75. De eso, ya han pasado varios años, siete. Y las molestias yo decía que eran achaques como hombres que se sube la presión y el azúcar. A mí a veces dejaba la medicina. Pero ahora me discipliné y no es ya tan difícil. Trato de estar bien porque a veces uno no necesita de nadie, y a veces, de todos.

G. una pregunta, en el metro había un cartel que promocionaba algo hepático. No sé si se necesita autorización del hospital para poner carteles aquí. Yo creo que luego no viene mucha gente por falta de información.

F. Yo sé que en el metro necesitas un sello de autorización para poner publicidad. En el hospital también, para avisos. Pero vale la pena que lo investiguemos. Que sepan que el Hospital ofrece este servicio. No tienen necesidad de venir en una fecha determinada ni un costo. Antes de terminar, quiero oír a B y a Y por si tienen algo que comentar.

B. yo no me siento sola. Soy feliz con lo que hago y tengo. Hace cinco meses llegó una nieta. Ayer me invitó a bañarla mi hija. Que la mete al agua y se ríe. Y eso me hace olvidar todo. La niña me sonrío y yo dejo lo que tengo que hacer. Se me olvida todo. Tengo un hijo soltero y no lo presiono a que se vaya o se case. Mi hija tiene su casa pero regresó y no se han ido. Yo le digo que si quieren estar, adelante; si se quieren ir, adelante. El yerno está contento y no se quieren ir, pero cada quien lo suyo. Ellos tienen su recámara. Y no hemos tenido roces. Ellos tienen sus problemas y yo le digo a mi hija ¿esto no está bien, pero ahí tú sabes..

F. ¿y tú, Y?

Y. yo no he sabido lo que es la soledad.

F. ¿nunca sentiste el huequito?

Y. no, nunca. El estrés del que hablaban, me desespero de momento pero vuelvo a retomar. Ya no lo tomo tan serio.

F. ¿qué te ha hecho sentir que tienes diabetes?

Y. no es algo de preocupación, sólo a controlarse, nada más.

F. ¿no te sonó a tragedia?

Y. no, porque varios compañero me dicen cómo hacerle.

F. ¿cómo llegaste al grupo?

Y. porque estaba yo enfrente y pasaron a invitar. Yo vengo por el manejo de la alimentación y decía “voy a ir, voy a ir”

F. tenías la inquietud.

Y. sí, el señor del jueves

F. Juan Guillermo..

Y. sí, nos invitó pero yo no podía, hasta que llegamos aquí. Pero no es sólo el tratamiento sino el manejo del estrés, lo de la soledad y de la vida

F. a veces describimos actividades, pero no platicamos lo que sentimos. Y como no lo platicamos, no lo tenemos consciente. Decimos, por ejemplo, “fue un buen día”. ¿por qué? Porque me sentí bien. Pero hay mucha diferencia entre lo que hacemos y cómo nos sentimos. Podemos vivir lo mismo, pero con otra emoción. ¿ Se han cachado como cuando decimos “nada me salió bien” y sin embargo hay quien vive eso con un buen modo. Podemos causar o no nuestro propio estrés. Hay quien todo le parece bien. Hay quien todo le parece mal. Es pregunta: ¿Cómo les gusta vivir? O ¿hacia dónde les gusta irse? ¿todo bien o todo mal? ¿o nos paramos en medio? Si me pongo en medio no quiere decir que me clave en ser víctima “pobre de mí, nadie me quiere”, o estamos en la euforia o agrediendo a otros. ¿son de lamento fácil o de risa fácil?

H. yo me inclino a hacer todo fácil aunque ayer se me complicó. Procuero que me guste todo.

F. ¿y cuando no te sale bien?

H. aprendo que tenía que hacerlo de otro modo. Antes decía “¡chihuahua, no me salió!” y tenía bronca con un cliente, pero ahora le busco cómo hacerle..

F. eso es sabio porque te das chance de seguir buscando otros modos. Pues sí, el programa es super completo. No es sólo el tratamiento sino también vivir la vida con mayor calidad. Y ese es el camino. ¿Cómo se van?

N. yo con muchas emociones.

T. tratar de manejar el estrés.

F. acuérdense tensor y relajar, el ejercicio de F2. ¿tú qué te llevas, B?

B. muchas cosas, distinguir entre soledad y desolación.

R. aprender a manejar el estrés.

C. tranquilidad.

G. yo, todo lo que escuché.

H. yo, el gusto de haberlos vuelto a ver. Y esto me motiva. Ya le dije a mi pareja que venga, pero no hoy.

F. ja, ja. ¡querías estar solo!

H. es que quería verlas a ustedes..

F. pues ya como final, nos ponemos de pie y desde nuestro corazón damos gracias por habernos visto y nos despedimos, para volvernos a ver, con un abrazo. (todos se abrazan). 11 asistentes.

Sesión 28/08/2012

F... cuando las emociones no se están manejando provocan aumento de glucosa. Si la glucosa está alta, empiezan a causar complicaciones en los ojos, riñones, corazón y se llaman complicaciones de la diabetes. ¿desde cuándo tiene problemas en sus ojos?

X. desde hace un año pero ya adelantado, desde hace 4 meses que empecé a venir. Al principio no le puse atención. Empecé a vivir una vida normal. Tuve una separación hace 7 años y empecé con el alcoholismo. A mí me cuestan trabajo las emociones. Soy muy urgente en las cosas..

F.. ansioso.

X. si, en mi trabajo sí no me parece, lo manifiesto y no lo controlo.

F. ¿cómo expresa la ansiedad?

X. al principio era molesto. Ahora me tomo una medicina y actualmente todavía me siento ansioso. Son las actitudes de una persona que no me gusta y sé que internamente está mal y me preocupa.

F. ¿qué edad tienen sus hijos?

X. 33, 28 y 27.

F. es difícil de tenerlos en la mano.

X. sí, cuando eran chicos los viví al máximo. Hoy ya no son míos. Cometí errores. Creo que la ansiedad crea el problema de diabetes y no he hecho nada por evitarlo. He estado con 6 o 7 psicólogos en distintas etapas. O yo no pude de mi parte o yo no sé. Me cuesta mucho trabajo.

F. y aquí tenemos conceptos muy interesantes que nos está compartiendo. ¿Cómo es su nombre?

X. Mateo.

F. Mateo. Tomemos aquí mucho de lo que nos ha dicho Mateo, que es como la Biblia en salud. Y nos acaba de decir que la ansiedad es el origen de la diabetes, ¿es así?

Y. sí, porque tú quieres que todo esté bien y eso te provoca que si no está, te sientas mal..

F. o.k. además de ansiedad, ¿qué han sentido?

R. algo que uno no encuentra.

F. como falta de sentido.

J. fíjese que yo siempre me he preguntado por qué mi madre es diabética. Ella por lo general siempre ha sido delgada, vuelvo a repetir que es muy enojona, controladora.

F. ¿alguien conoce el enojo? J.nos dice que el enojo y el control...

J. y fíjese que platico con ella y no podemos llegar a ningún acuerdo porque nunca está de acuerdo con nadie.

F. muy bien. Vamos a poner la palabra CONTROL aquí grandota. Nos dicen “yo no soy controlador, mientras se haga lo que yo quiera. ¿y a quién controlo? A lo que se pueda y a quien se deja. Y cuando nuestra salud se ve afectada por una pérdida, como la diabetes, ¿qué es lo que perdemos? El control de nuestra salud. Yo decido qué como, qué hago, en qué creo y en qué no creo. Y cuando la enfermedad se presenta ya no llevo el control. Dependo del médico; de la medicina. Y si vemos que perdemos el control, nos enoja. ¿Para qué vivo ya si todos se meten conmigo? Me dicen come, no comas, ve al médico.

P. Unas veces nos dicen “anduviste en la calle, seguro te comiste unos tacos”. Si te los comiste, ni dices y si no, dices “¿y por qué otros tiene que controlar mi vida?”

Y. a mí me da depresión.

F. nos dicen “no coma esto, no tomer refresco” y digo “¡malvado médico!, aparte de que tengo que venir y pagar la consulta, me dice qué tengo que hacer”. O nos deprimimos porque sentimos una pérdida de lo que antes era nomás mío. M..

M. pero hay que valorar lo que somos.

F. Así es, hay pacientes que con mucha valentía aceptan lo que el médico dice. ¡Qué bueno que hay la reacción sabia, la manera lógica y agradecida de actuar con este problema! Y lo que antes era enojo o falta de sentido porque ya no tengo el control, se convierte en un nuevo modo de vida. Yo siempre me siento en la silla de la salud, pero llega una compañera: la diabetes, que me saca de mi silla y me manda a otra silla. Desde aquí sigue siendo lo mismo, pero ya aprendo un nuevo vivir. Si aprendo a vivir desde aquí, lo voy a volver a disfrutar. Si me quedo aquí pensando que no me pasa nada, ya me dije que tengo diabetes pero no hago nada, entonces llegan las complicaciones. La diabetes no duele, no molesta. Cuando molesta es porque ya hay complicaciones.

X. Yo pesaba más de cien kilos y por estrés en un mes bajé a sesenta kilos.

F. ¿en un mes?

X. sí, y me hicieron muchos estudios. Y la depresión por la impotencia de no poder controlar ciertas cosas, esa ansiedad y angustia creo que me provocó la diabetes y con el tiempo se me volvió a presentar la ansiedad, con la separación. Yo creo que lo más sano es irme tranquilito y empecé a tomar y tomar. En la tarde ya me contactó el doctor. Pero sí entendí por qué morir como debe uno de morir y no apresurar las cosas porque le causa un problema a la familia y economía por ir al hospital y la internada.

F. ¿podemos saber cuál fue el disparador del cambio?

X. pensar en mi familia. Cuando estaba solo, tomaba mucho. Ya no sabía si estaba tomado o crudo. Al otro día normal me levantaba para ir a trabajar. Hasta que me cayó el veinte , ¿por qué tengo que hacer sufrir a mi familia?. Ahora tengo gusto por mí, por no hacer tener problemas a los demás. Es tomarle gusto a la vida.

F. Pues toda esta lista de emociones las ponemos aquí y nos causan estrés. No nada más en el ánimo, sino me afecta en mi cuerpo. Mi cuerpo me afecta por el estrés. Mateo nos decía que no podía dormir por la tensión en todo el cuerpo. No lo hacemos a propósito pero cómo me duele y no puedo dormir y me duele el cuerpo, tenemos al estrés como el culpable del malestar físico .Por eso tenemos que aprender a soltar el estrés. Las arterias y venas se angostan y la sangre circula con más dificultad, y el oxígeno hace falta en todo el organismo y como no podemos respirar bien, el cuerpo nos protesta y me estreso más por el dolor. Tenemos el ejercicio como una vía de entrada a la relajación. Si lo practicamos empieza a haber un bienestar. Puede ser un problema económico, una mala noche. Pasé mala noche por un problema intestinal intenso y además del problema, el estrés que le estoy poniendo me hace sentir peor. Entonces hay que buscar el alivio. Buscar soluciones, esto es lo más sabio, en lugar de buscar problemas. Tener claridad para buscar caminos, aligera el estrés. Es fácil decirlo, pero no siempre hacerlo. Pero si al problema de la relación, le aumento el problema del estrés, la mente se llena de humo y ya no tenemos claridad. ¿Por qué estoy estresado? A veces no sabemos por qué. Todo mundo carga estrés. Si no, vean para dentro. Ahorita ¿cómo me siento? En general, vivimos con estrés dañino. También está bien tener un poco de estrés que nos da entusiasmo y es como un motorcito que nos lleva a la acción. Pero el que nos daña, hay que tomarlo en cuenta. Tenemos dolores de cabeza inesperados. Revísale cómo te encuentras de estrés. Entonces aquí vamos a trabajar cada vez que estemos juntos, para soltar el estrés como la entrada a trabajar el bienestar. Desgraciadamente no podemos solucionar sus problemas, pero sí ayudar a que busquen soluciones. ¿Tú traes uno que quieres compartir?

Z. ayer me hablaron para decirme que tenían secuestrada a mi hija. Me dijeron que tenía que depositar dinero para mi celular, para que estuvieran en contacto conmigo. Me dijo que le iban a poner gases, que me iban a entregar su cuerpo.. (solloza). Quiero saber por qué me enganché con eso y el tormento de escuchar, porque no paraban. Primero le hice un depósito de tres mil pesos, luego de dos mil. Me dijo que traían a la niña con los ojos vendados y que si no le conseguía unos lentes. Me dijo que la iban a dejar (solloza) en la iglesia. Fui a la iglesia y no estaba. Encontré por fin

a la niña y estaba espantada. Mi esposo me dijo: “es que tú tuviste la culpa porque tú los trajiste hasta acá” (solloza más fuerte).

F. ese sentimiento ¿cómo se llama?

Z. tengo tristeza y enojo con mi marido. No sentí que me apoyó. Tenía miedo.

F. ¿y tenían a la niña?

Z. no.

F. entonces, ¿dónde estaba la niña?

Z. en el transporte de la escuela.

F. ¿cuántos años tiene la niña?

Z. doce años.

P. es una trampa.

F. sí, P, eso fue antes. Ya pasó.

M. yo veo que lo que siente Z es impotencia porque su marido no la apoyó. La persona que la sobajó, ese es un sentimiento que no pasa pronto. Pero advierto la ansiedad. Creo que necesita a una persona que la pueda ayudar porque ahora tiene inseguridad hacia su niña.

F. también tendríamos que tener en cuenta la reacción del esposo , porque frente a un impacto así, él descarga diciendo “no hiciste lo que debías”. En lugar de buscar culpables, vamos a buscar la solución. El que ella entienda por qué él reacciona así, puede facilitar el reencuentro. Desgraciadamente esto es muy estresante. A mi nuera le pasó con su muchacho. Le pedían un depósito, el niño se fue a la clase de natación. La mamá le hablaba y él no contestaba el teléfono porque estaba en la alberca. Es una llamada de extorsión. Aquí hay un número de denuncia..

D. a mí me hicieron una llamada a las diez de la noche: “mamá, me están subiendo a la camioneta”.. no era cierto..

S. a la compañera, como decimos en el pueblo, desgraciadamente la agarraron de bajada. En el pueblo pasó lo mismo y el señor buscó dinero y él hizo lo mismo. Le dijo a alguien que no había hecho lo correcto pero no nos ponemos en los zapatos del otro.

F. la reacción es normal.

T. pero mire, ya no le van a volver a llamar. A mí me dijeron que tenían a mi hija y su voz se parecía mucho. Yo siempre cargaba los celulares. Que le hablo a mi hija y le digo “¿dónde estás?” “acá en el negocio”. Le dije, pues me acaba de hablar un hijo de su #\$\$%&/ y uno mismo le dan la información. A mi esposa le dijeron que era su sobrino y que le pedía dinero. Mi esposa le dijo “ah, ¿sí? Pues págame el dinero que me debes” y ¡pum! Que le cuelgan. Pero ni la conocen a usted, que tal que usted ni tiene hija, pero le siguió el juego.

N. así que por ese lado, que sepan de tu hija y de ti, no es probable. Esas llamadas son de extorsión.

L. Y la otra, te llaman y convencen que te sacaste un premio.

F. a mí me dijeron que me saqué un coche y que depositara seis mil pesos para el traslado del coche, hasta me dieron un número de depósito. Usted no ha tenido esas experiencias, ¿verdad, doctora?

Dra. Sí, a las dos de la mañana, “mamá, mamá, me tienen detenida y me van a meter a un coche” y yo no he tenido niñas. A mi cuñada le dijeron que se sacó la lotería y le pidieron dinero para darle el premio y perdió dos mil pesos.

M. y si eres diabético, ¿cómo se controla el susto?

F. bájale al estrés. No tienes diabetes pero con una impresión muy fuerte, nos daña. Nos ataca y afecta. Mi cuerpo grita de dolor.

M. ¿el estrés da por mala alimentación, o por qué?

Dra. Genéticamente hay predisposición por la concentración de serotonina. Pero el ambiente donde se desarrolla la persona también importa. En el fondo, todos manejamos estrés y lo peor es que somatizamos como colitis, gastritis. Hacemos corajes, pero si decimos es por estrés, tenemos que hacer estudios.

F. Y ahorita que la doctora mencionó a los niños, empieza por saber cómo nos enseñaron a manejar el coraje, el estrés y las emociones en general. Antes decían que al niño no le dejáramos enojarse, patalear, ni gritar. Y le decíamos “no se hacen berrinches” y el niño va creciendo como una olla de presión. Y ahora los papás están aprendiendo a permitir que maneje sus emociones.

Dra. Exactamente . Es que si uno tiene un carácter estable, decimos “es mi pareja”. A lo mejor no me está entendiendo, no nada más es mi hija, es de los dos y deben los dos que..

L. Yo soy insulino dependiente. Me dio hace dos años un coma de 1800 y el papá de mis hijas también se enfermó. Se termina la economía y tengo que entrar a trabajar. Como él no me dejó terminar de estudiar, no podía trabajar. Me malpasé y no comía. Desde niña tenía hipotiroidismo. Yo estaba seis meses en el hospital y no me bajaba el azúcar. Mi segundo esposo, porque me volví a casar, trabajaba pero no veía a mis hijas y mi casa me angustiaba. Salí con 450 de azúcar en la sangre y me bajó a 45. Ya me querían regresar al hospital. Entonces aprendí a comer y cuidarme. Vengo de una familia diabética y mi abuelo tuvo retinopatía y mi papá murió de diabetes. A mí me ha costado mucho trabajo controlarme. Antes, a las dos de la tarde me la pasaba con unas papas y un refresco. Ha sido bien difícil. Me decían “échale ganas” pero no es tan fácil. Con una zanahoria me subía a 80. Yo decía, “si como lo que se me antoja...”

F podríamos tomar en cuenta que el estrés genera descontrol. No puedo evitar los problemas, no podemos irnos a vivir a marte y en nuestro ambiente los problemas van a seguir pero si voy entendiendo lo que el estrés hace a mi cuerpo, podemos soltarlo. No podemos evitar la

llamada del exterior. Si el metro se estaciona en el túnel, eso no lo podemos evitar. Vamos a soltar el estrés usando nuestra respiración.

Con sus manos en sus piernas, respira. Cierra los ojos y fíjate como inhalas. Sigue el recorrido que hace tu respiración y con eso, entras a ti mismo. Procura inflar tu estómago al inhalar, permite que el aire llegue hasta tu estómago y al exhalar entreabre tus labios y permite que todo salga al exhalar. Siente cómo el aire, al penetrar en tu cuerpo, recorre todo él. Y ahora empieza a identificar problemas en tu cuerpo, pensamientos o emociones. ¿Qué cargas en este momento? ¿Qué dolor, sentimiento o incomodidad física? ¿Qué cargas? Identifícalo y ahora al exhalar, echa fuera eso que te está molestando y en tu mente pon un mensaje claro: “lo que me molesta, el miedo, afuera; el dolor, fuera” con tu conciencia alerta que te estás deshaciendo de lo que te molesta. Inhala despacio y profundamente con la confirmación de que te estás descubriendo una herramienta que tienes contigo. Lo que te molesta va hacia afuera y empieza a experimentar esta conexión contigo mismo y cómo los músculos se aflojan cuando los oxigenas y los liberas. Recorre tu cuerpo y aflójalos suavemente, exhalando y descargando toda tu tensión. Esto lo puedes hacer cada vez que necesites o que te acuerdes que liberar el estrés es salud física y emocional. Inhala paz y descarga temor. Inhala tranquilidad y descarga enojo. Inhala confianza y descarga ansiedad. Inhala paz y descarga vacío, falta de sentido. En este estado de tranquilidad, reconoce el problema que te causa el estrés que has estado sintiendo últimamente. Deja de cargarlo y ponlo fuera para que puedas conocerlo, analizarlo y decidir qué hacer con él sin tener que traerlo a cuestras. Inhala profundamente y siente cómo se expande tu vientre. Toma tres respiraciones profundas y despídete de lo que te estorba, de lo que te molesta. Inhala profundamente y al exhalar haz contacto con tu cuerpo. Escucha los sonidos del ambiente, y regresas al aquí y ahora. Conéctate con tus pies apoyados en el piso, tus manos apoyadas en tus piernas; siente tu cuerpo, el roce la silla, mueve tus hombros, tu cabeza, estira tus brazos como si estuvieras despertando. Frota tus manos una contra otra y ese calor, pónlo cerca de tus ojos. Abrelos y ciérralos y que este calor beneficie tu vista y con este calor, masajea todas las partes de tu cuerpo. Muy bien. Nos vamos con este beneficio y sigan practicando este ejercicio en sus casas. Nos vamos porque hoy nos pidieron el aula más temprano.

Sesión

F. ¡Felicidades a los que llegan a tiempo!. Los felicito. ¿cuál es tu nombre? (va recorriendo gente que no conoce).

C.Q. A. V. H.

F. ¿Qué tal si empezamos con un poco de ejercicio? ¡Qué gusto! ¡Qué bueno verte!.

C. tengo que ir a sacar mi cita, perdone..

F. ¡Bien! Venga cuando pueda. Aquí estamos, de 9 a 11. Tú, ¿estás apegado al tratamiento?

Q. No, sólo llevo dieta y ejercicio. Me van a operar. Ahora estoy en la unidad 103.

F. ¿tu cirugía está pendiente?

Q. Sí.

V. ¿te atiendes con la Dra. V?

Q. No, con un doctor. Pasó un señor a invitar a esta plática y mis papás fallecieron de diabetes, así que tengo antecedentes y por eso vine.

F. Muy bien. Los antecedentes nos ponen como una semillita de diabetes, y hay que cuidar que no crezca. (mira a otro presente) ¿tú tienes antecedentes?

A. sí, mi papá.

F. Dicen los estudiosos que en nuestra raza hay un factor que nos predispone.

V. Yo les hago su folder a los expedientes y por eso sé que como el 80% provienen de papás con diabetes.

F. Sí. Es seria la cantidad de personas con diabetes. Algunos lo atribuyen a los alimentos porque dicen que les ponen hormonas a los animales, y también les ponen fertilizantes a los vegetales. ¿Tú eres antojadizo?

A. Antes sí, ahora no. Dejé el refresco. Pero el pan de dulce sí se me antoja.

F. Hace unos días, la Presidencia firmó un acuerdo con los de la industria de la panificación para que les pongan menos sal al pan. Y esto, porque la sal eleva la presión arterial. Me dijeron que debíamos temer los tres venenos blancos: sal, azúcar y harina. A veces preguntamos ¿qué voy a comer? Hay que revisar la dieta. ... ¡hola!

H. él tenía 540 de azúcar. Lo tuve internado. La más es de 120, 115.

F. ¿ él lleva control?

H. no antes, ahora sí.

F. después del susto....

H. sí, se le inflamó el brazo, la mano, dos dedos no los puede dominar. Le dieron cita hasta la una. Le digo, ¡vamos a la platica!

F. y ahora, ¿cómo está?

H. bien, ahora 120.

F. ¿se inyecta insulina?

H. sí.

F. ¿ya sabía que tenía diabetes?

Y. sí, pero choqué con un tráiler. Primero tomaba pastillitas, pero después..

F. está complicado, porque las emociones extremas alteran la glucosa: el enojo, la tristeza, hasta una gran sorpresa como que me saqué cinco millones en la lotería.

G.. no, me conformo con 120 mil, aunque se me suba la glucosa, ja, ja (todos ríen).

H. sí, y le dolía la cabeza, pero gracias a Dios ya está mejor.

F. Por eso aquí aprendemos del tratamiento. Es el manejo del estrés. Si no sé cómo manejar las emociones, nos exponemos a que nuestras emociones desbordadas nos causen descompensaciones. ¿Cuánto tardaron en atenderlo?

H. pues duró como quince días. Con el tratamiento no se lo podían bajar. Se internó aquí y le dieron el pase. Pero vivimos hasta Veracruz, por eso no podemos venir más seguido. Nos perdimos dos pláticas.

F. por eso vemos que las emociones, el manejo del estrés es importante. Por ejemplo, en este caso, que el choque.. Pero hay estrés que no podemos evitar. Alguien me decía, “antes me enojaba, pero ahora no le hago caso a nadie.” Eso no es vivir. Más bien, es entrenarnos para saber manejar el estrés. A veces nos damos cuenta que desde el pasado hemos acumulado enojo, tristeza. Bueno, tenemos que aprender a soltarlo. Por eso vamos a hacer ejercicio. Y ML nos va a guiar.

ML. Bueno, vamos a empezar a mover nuestras manos, haciendo círculos suavemente. Y luego vamos a hacerlos hacia abajo, hacia arriba, ahora extendemos nuestros dedos, hacia abajo, hacia arriba. Extendemos nuestros dedos, ahora movemos nuestras manos hacia los hombros, ahora queriendo abrazar el cielo y hacia adelante, las bajamos. Ahora movemos nuestra cabeza, queriendo tocar con nuestra oreja el hombro. Ahora hacia al frente, como escuchando lo que pasa dentro de nosotros. Movemos cabeza hacia el frente, hacia atrás, ahora hacemos círculos, despacio para no marearnos. Hacia el otro lado. Vamos a mover los hombros, como si fuéramos niños y diciendo “no me importa”; esto nos ayuda a soltar cositas que nos estorban o pesan mucho y luego, ni son nuestras. Ahora movemos la cintura, ahora nos vamos hacia las piernas. Movemos punta-talón, punta-talón, punta-talón. Hacia la derecha, hacia la izquierda. Con el otro, punta-talón, como cuando éramos niños y nos sacaban en el baile de la escuela. Ahora estiramos un poquito, doblamos, estiramos, lo movemos hacia el lugar. Ahora el otro adelante, doblamos-estiramos, abajo.. Otra vez, ahora nos doblamos hasta abajo, hasta donde podamos hacer un recorrido rapidito....

F. Ahora para arraigarnos vamos a hacer golpecitos en el piso con los pies y aprovechamos para sacar lo que nos entristece, nos enoja, para aplastar lo que no nos gusta, que se oiga, con energía. Ya ven, bien, ahora respiro profundo para tranquilizar toda mi energía. Gracias ML. Nos damos cuenta que al respirar profundo inhala, retengo 3, 4, 5 segundos, exhala y eso me da calma interna. Con estos golpes en el piso, si observo a los pequeños cuando patean, el cuerpo, el organismo está pidiendo descargar el coraje, le llamamos berrinche, pero su cuerpo tierno, naturalmente avienta el estrés y nosotros se lo combatimos. Ahora como adultos podemos patear y sacar el enojo. Cada uno tenemos un lugar para guardar coraje en el cuerpo.. tú, V ¿dónde lo guardas?

V. en el estómago.

F. ¿y tú?

A. También.

F. ¿tú?

H. igual.

F. bueno, entonces yo puedo empezar a hacer mi berrinche en un lugar privado y después de cinco minutos de patear, se me sale. Por ejemplo, si dejamos al niño que exprese y descargue la emoción que sea, luego le decimos “cuando acabes de chillar y patear vienes conmigo y platicamos”.

D. La nieta que tenemos de cinco meses, patea cuando no quiere la leche. Hace un berrinche y luego se duerme.

F. Fíjate qué sabia es la naturaleza. No nos dejamos manipular por el berrinche, pero no tenemos que cortárselos. Necesitamos saber que el niño necesita descargar sanamente sus emociones. Nosotros aprendimos otros modos. Pero no se trata de pelear o agredir a otros. Pero sí digo, “tengo tanto berrinche, que voy a sacarlo de mí, para mi salud”. Hay muchas formas, hay quien corre mucho..

JG nos dijo que hoy es el último día del ciclo de cuatro meses. Hoy, que no han venido todos, como D, S y N. ; no pueden decir algunos que han tomado todo el programa, por eso no podemos hacer un cierre porque la mayoría son de recién ingreso. Esto es un ciclo continuo. Por eso les doy la bienvenida al nuevo ciclo. ¡Hola M! ¿cómo estás? ¡buenos días! Por eso les pregunto qué esperan de este programa. V, ¿tú te acuerdas cómo se llama este programa?

V. curso-taller de.. diabetes..

F. ¿para?

V. para pacientes y sus familiares..

F. para pacientes ambulatorios

J. ¿no es programa de apoyo?

F. sí, es un curso-taller porque se hace en forma de taller, donde

M. ¿se trabaja?

F. sí, venimos a trabajar todos juntos, llegamos a un lugar donde trabajamos y aprendemos cómo tener mejor calidad de vida; a pesar de tener diabetes, podemos tenerla. ¿Saben qué es calidad de vida?

M. que ya no me duelan los huesos.

F. eso no te lo garantizo.

H. no, pero sobrellevarla.

ML. sí, no mentir que no tenemos diabetes, pero es vivir mejor con mis cuitas.

V. y calidad de vida física y emocional. Tanto el conocimiento de la enfermedad física, como el problema de las emociones. Por eso es completo y a veces hasta lo espiritual..

F. Sí, y los médicos a veces no consideran lo espiritual.

Dra. Yo sí.

F. ¡ah qué bien!. Pero es que el ser humano es un ser bio-psico-social y espiritual. Espiritual no es sólo ser religioso. Hay quien tiene distintas prácticas religiosas y quien dice “yo, ninguna”. Pero de todos modos, a veces sentimos un vacío y entonces necesitamos también algo espiritual. Esta es la introducción al programa. De 9 a 10 nos dedicamos a esto y de 10 a 11 la Dra. Vi. que está aquí y es un pilar del programa, y yo les sugiero que cualquier duda la anoten y la traigan aquí. Nos da cátedra. Aprovechen su presencia. Pero cuando hablamos del título del taller, se trata que se lleven trabajo a casa; reflexiones, ejercicios, ver cómo vivimos para ser seres humanos más completos, más integrados, que mi calidad de vida sea mejor. “pacientes ambulatorios” significa que no están internados. “con diabetes mellitus”, como ustedes con ese diagnóstico. “y sus familiares”, ¿por qué creen que también a sus familiares?

P. porque saber qué necesitan y que ellos y nosotros sepamos cómo tener más calidad en la vida..

F. exactamente, Paty. No es sólo el paciente, el enfermo, sino toda la familia y una fuente de estrés es cuando el enfermo no se siente protegido o cuando no lo atienden, o cuando es sobreprotegido, todas las actitudes extremas causan estrés. Cuando el familiar comprende qué pasa, empezamos a sanar este padecimiento. Es importante que los familiares conozcan la enfermedad y sean el apoyo real y que el paciente sepa que tiene que trabajar él con su propio medicamento, que se tienen que mover, no esperar a que alguien haga por uno lo que le corresponde. Y a veces abusa y empieza a usar la enfermedad como un chantaje. Nada de que “no me has dado la pastilla”, si mi cabeza funciona y yo me muevo. Agradezco lo que hacen por mí, pero no depende de ellos. El apapacho, con o sin diabetes, nos hace falta a todos, pero no se vale abusar. Esto es educación en diabetes. Por ejemplo, la semana pasada, ¡cuánta información nos dieron sobre la insulina!

M. sí, porque yo creía que si nos daban insulina, ya nada más nos quedaban 2 meses de vivir..

V. Yo llevo ya tres años inyectándome.

F. y luego, te lo encuentras bailando.

B. sí, mi mamá ya lleva mucho con insulina y está bien. No carga el montón de medicinas y se ve mejor ella que yo. Dije “si mi mamá pudo, por qué yo no”. Ella se ha sabido querer y valorar y

yo no me quería aceptar. Tampoco quería la insulina. Y ahora siento yo que estoy un poco mejor. En 10 años no quería. Pero ahora he tratado de vivir mejor.

F. ¿oyeron lo que dijo B? “mi mamá sí se quiere”. ¿será importante querernos? ¿Aquí hay alguien que se caiga mal? Jajaja (todos ríen). A veces nos vemos en el espejo y nos decimos “¡qué mal me caes!”. Esa es una tarea de todos los días, preguntárnolos.. ¿te acuerdas M?

M. ¡sí! ¿cómo me siento? ¿cómo estoy? ¿qué necesito?

F. Sí. No como letanía, sino sintiéndolo y pensando “ a veces necesito un abrazo, a veces, estar solo, o alguien que me escuche”. A veces dejo pasar mis necesidades y ni me doy cuenta qué frustración tengo. Cada día trae lo suyo; con conciencia y verdad, podemos decir qué necesito. Y como la mamá de B, “sí tengo diabetes y necesito insulina, pero vean cómo estoy y cómo me siento”. También puedo llegar a la otra pregunta: “¿qué merezco?”.

L. a mí, cuando me tomaron el azúcar, no sentí nada cuando me dijeron “es diabética”. Un psicólogo me dijo “es como lo tomas. Puedes decir ya me voy a morir o saber que con eso voy a vivir y llevas tu vida como tú quieres: canta, salta, baila”. Y así lo he hecho. Yo a nadie le digo qué tengo. Hago mi quehacer y en la tarde ya descanso. Mi hermano dice: “te haces, ni tienes azúcar. Mira tus chapas.”. Le digo “sí tengo, pero si voy a llegar a estar mal, tú me vas a decir ve al doctor.” Esa es mi vida y yo ando aquí feliz.

F. y dices, “en la tarde ¿sí me siento cansada?”

L. no, ya en la tarde sí.

F. ¿pero por el trajín y no sólo por la diabetes?

L. sí, conozco que dicen “ay, ya se me subió el azúcar, ya se me bajó”. Sólo están pensando en el azúcar. Sé que no la voy a soltar, ni ella a mí. ¿Qué nos queda? Amar nuestra azúcar.

F. que no quiere decir que el azúcar haga lo que quiera. No obsesionarme, pero estar pendiente. Hay quien llega a la plática enojado porque “ya me dijeron que tengo diabetes y ya me voy a morir”

P. pero ni sabemos; es la fuerza de voluntad.

F. a ver, vamos a ver quién gana. ¿quién lleva 3, 5, 8 años de diabetes? ¿entre 8 y 10? ¿entre 10 y 12? ¿entre 12 y 15? ¿entre 15 y 20? ¿20 y 25? ¿alguien más de 25?

V. yo, entre 20 y 25.

F. bueno, si al momento del diagnóstico decimos “ya me voy a morir “ y estamos tristes, enojados, con miedo.. y si Diosito me dice “tal día te mueres”, ¿cómo queremos vivir esos días?

C. Yo tranquila. Yo prefería el nopal, que la insulina. Pero la doctora dijo “se trata que nivelemos bien el azúcar y con el tiempo se la quito”. Yo pensé que ya me iba a morir.

V. eso pensamos todos.

D. es que pensamos, “ya no vamos a ver”.

S. por eso esta plática es buena.

M. a mí me dio el volantito de la plática otro señor.

R. tengo un joven con insuficiencia renal y luego no puedo venir. Pero me hice un tiempito y lo encargué. Yo por eso vine, porque ahora me toca a mí. Me hice el propósito hoy por hoy.

F. y a la plática que vienes, te sirve para estar mejor y atender mejor a tu hijo.

R. sí, le dijo “te atiende más”. Pero como somos sólo dos, pues le dije a mis nueras.

F. sí, vas a ver por ti, para dar mejor servicio. Espero verte cada jueves.

G. Pero lo que aquí aprendemos de lo que creemos, va a otras cosas de nuestra vida. Yo no tengo diabetes, pero aquí nos dan conocimiento. Ya me dio susto y mejor me prevengo. No cuidamos como comemos pero hoy tengo cuidado. Esto nos da conciencia con información.

F. gracias.

V. yo quería preguntarle a la señora quién atiende a su hijo..

R. aquí en el hospital, en nefro. Tiene una fisura por una piedra y van a aver si la fisura ha crecido. Pero hasta las doce le dan el servicio. Tiene doce años tratando sin diálisis. Mi niño es minusválido. El está aquí desde el siete de abril del 2001 y lo ve la doctora Flores y otros.

V.¡ gracias! No es diálisis...

R. ya no es candidato a diálisis, sino hemodiálisis. El año pasado, de mayo a mayo, ni siquiera tuvo cita. Ahora va a nefro, uro (urología), que lo valoren por sus piedras. No lo dejo para nada. El me necesita mucho a mí porque somos sólo los dos.

F. así como este caso, bastante fuerte, nos damos cuenta que todos necesitamos de todos. Cuando nos queremos a nosotros mismos, podemos ser más útiles para los demás. Necesitamos calidad de vida para atenderme y atender a los demás, con las limitaciones de cada uno.

R. Yo antes con mi hijo me desesperaba y gritaba. Estoy aprendiendo a vivir con su enfermedad y la mía.

F. no es que amen la enfermedad, pero sí es mi circunstancia, podemos aprender qué hacer.

R. los doctores me dicen “¿cómo le hace?” Yo lo baño, lo paro, todo. Uno aprende.

F. es una labor fuerte para tu espíritu, que se nota en cómo hablas. Es también fuerte y no que te acerques como madre llorosa.

R. es duro, pero aprende uno y se fortalece.

F. es importante, porque es carne de tu carne y todo lo que le pase, te duele.

R. duele demasiado, pero hay que sobrellevarlo.

F. y esa fortaleza te ayuda a enfrentar la circunstancia. A ti te toco eso, a otros, otras circunstancias. ¿De dónde sacamos fortaleza? ¿Dónde la compro? ¿Dónde la encuentro?

D. de uno mismo.

F. ¡exactamente!. De uno mismo. “yo puedo”, “yo quiero” es una buena decisión. De todos modos, tenemos nuestras caídas. Q ¿de dónde salió tu fortaleza?

Q. no supe.

F. ¿te cayó del cielo?

Q. no, de muy dentro y poco a poco. El miedo no se quita, pero ya es menos.

F. le pregunto, porque la ven tan tranquilita...

Q. puedo comentar, que siento puro miedo. Me van a hacer el estudio de la garganta.

F. ¿por la gastritis?

M. pero no duele, ni es peligroso.

F. pero cuando se han pasado tantos procesos como los del cuerpo de Q..

Q. pero qué tal si me dicen que es cáncer otra vez, hasta pensé en irme a echar al metro o ni siquiera bañarme.

F. ¿cuándo te pasó eso?

B. hace diez años, pero ya conocí luz, verlos a ustedes..

F. y ¿ha valido la pena?

B. sí, muchísimo.

F. eso es lo que vale. El problema de cada quien, para uno es lo más grande. No es competencia. Cada uno tiene que trabajar consigo mismo. Si lo trabajas desde el miedo, rechazo, incertidumbre, enojo. Enoja vivir lo que no planeamos. ¿Qué voy a hacer? Aquí aprendemos cómo aprendo a trabajar con achaques, emociones, lo que vivo. Oyendo a B. no oigo quejumbre, lamento en lo que está relatando. Parece dedicada a lo que hace...

V. ni se oye en el enojo..

F. sí y también tendemos a echar la culpa a otros, a Dios, a la vida. Si esto me está pasando, lo voy a vivir de la mejor manera y lograr decir “estoy bien” quiere decir, “estoy viviendo bien lo que me está pasando”. ¿Creen que lo podamos aprender? ¿Quieren hacerlo?

(todos) ¡sí!

F. ¿creen que cuando acabamos con un problema ya no hay otro? ¿o un reto se acaba y ya?

(todos) no.

F. en esta búsqueda nos tropezamos con los más cercanos. A veces si yo cambio y pongo límites a otros, no les gusta. ¿Cómo, ahora con quién te estás juntando que te estás volviendo desalmado? No lo van a creer, pero una señora estaba triste y su esposo era violento y un día le dijo “a mí no me vuelves a pegar”. Y el señor vino y dijo “vengo a ver qué tanto le dicen a mi señora, que me la están cambiando”. No siempre los cambios le gustan a otros.

Dra. Vi. Pues sí. Hablando de la enfermedad, no sabemos si es una enfermedad hereditaria. Desde el punto de vista de este apoyo a pacientitos diabéticos o con carga genética de diabetes, es importante evitar que no sea gordita ni comedoras compulsivas de dulces y chocolates, es importante hacer ejercicio y no buscar problemas gratuitos y no estar en estado de estrés continuo. Estos son factores de riesgos. Ustedes tienen que ser sus médicos, nosotros los vamos a orientar pero quien sabe cuándo les subió o bajó el azúcar, cuando ven borroso, ustedes tiene que revisar sus ojos, pies, boca. Necesitan saber qué tipo de zapatos usar, cómo está mi corazón. Saquen su cita, vengan a que los valoren. El médico tiene obligación de checarlos, revisar sus triglicéridos, presión y estado general. Es importante estar lo mejor posible y esto sólo con chequeos. Necesitamos hacerles todo un estudio y decirle al paciente “usted está en este momento de su vida”. Y empieza desde la carga que tiene la familia. Luego pasa la fase clínica, con glucosas arriba de lo normal y que se pueden hacer más problemáticas y luego la última fase, cuando ya se tiene complicaciones. Aquí es una panorámica de la historia del padecimiento.

F. Ahora va a estar la Dra. V que hace muchos, junto con la Dra. Armenta, inició estos grupos. También participó JG y no se dan por vencidos.

Dra. V. Les voy a comentar que ésta es la última clase de este curso que empezamos hace cuatro meses, donde platicamos lo más importante de la diabetes. Desgraciadamente tenemos mucha diabetes en México. La próxima semana entregamos diplomas de los pacientes que estuvieron todo el programa. Y volvemos a empezar, para que refuercen sus conocimientos y tengan un buen control de la diabetes. Hay quienes vienen sólo la primera vez. La segunda vez nosotros hacemos una valoración para saber qué se les quedó grabado. Para el equipo es importante valorar qué no entendieron para reforzar sus conocimientos. Por ejemplo, usted se acuerda ¿cuáles son los tipos de diabetes?

x. 1 es del adolescente. 2 es del adulto. También hay gestacional, que es del embarazo. Otra es la secundaria y otra es la insípida.

Dra. Exactamente. ¡Felicidades! Sí se le quedó. La diabetes mellitus (el nombre) viene de miel, azúcar. Otra pregunta, ¿usted se acuerda cuál es el control de la diabetes?

y. me acuerdo del medicamento, de la alimentación y del ejercicio.

Dra. Exactamente. Y yo le agregaría otro elemento, que es la educación para saber cómo nos vamos a cuidar. Estas cuatro son muy importantes. ¿Qué es la insulina? ¿usted se acuerda?

z. la produce el páncreas y tiene una disminución. Entonces hay que meterla por una inyección para equilibrarla.

Dra. ¿y eso de que la insulina nos deja ciegos?

j. es un mito. Al contrario, la necesitamos.

Dra. Muy bien. Esa creencia de que no daña, es ignorancia. El paciente se niega, porque desconoce la acción de la insulina y se van sin control adecuado. Vean lo grave que es esto. Dicen “no, no me pongo la insulina”. Entonces ¿qué les ofrecemos? Y regresan en mala condición. Mucha gente piensa que la pastillita va a hacer su trabajo y ya me olvido. Acuérdense, la diabetes es progresiva, no estática. Hay que hacer cambios, la enfermedad nos va cambiando y hacemos también cambios en el medicamento. ¿Usted nos podría decir qué es una dieta, qué entendió por dieta para diabéticos?

M. no vine esa vez, pero se supone que es una baja en carbohidratos, grasas y mucha fibra.

Dra. Sí, ¿qué elementos tienen fibra?

M. cereales, leguminosas..

Dra. ¿quién podría redondear?

R. el nopal.

Dra. Sí..

R. las cinco colaciones o tiempos que son: desayuno, colación, comida, colación y cena. Un diabético no puede pasar mucho tiempo sin comer, sobre todo si usa insulina.

Dra. Muy bien. Los alimentos con fibra son básicamente frutas y verduras. Para el diabético es necesario un cambio de vida, cambio de horarios para ingerir alimentos porque el medicamento va a bajar el azúcar que yo produzco y el efecto dura más o menos seis horas. Algunos creen que si uno cena, aumenta el azúcar. Además de ingerirla, nosotros producimos azúcar. En nuestro cuerpo, todo es un ciclo. Si tomo medicamento en pastillas dos por día o insulina 1, 2, 3 veces por día según estoy descontrolado, por eso la alimentación es importante. Si no, genero hipoglucemia y si me salto alimentos porque tengo mucho trabajo. Si te aplicas medicamento que baja el azúcar y no desayunas, bajas el azúcar. Y luego dicen, “la insulina me dañó”, pero es un mal hábito. La insulina hace su acción y yo debo tener horarios de alimentación y no dormirse sin cenar o merendar. Eso es básico, entender que tengo que cambiar mis malos hábitos: no comer alimentos chatarra, antes podías comer de todo y no pasaba nada. Después de los treinta años, el 40% de las vísceras no trabaja como antes. El chicharrón ahora me inflama porque el intestino ya no trabaja igual. Esta enfermedad es celosa, si no hacemos caso, nos da molestias. ¿usted sabe qué es el automonitoreo?

L. no.

Dra. No sabe. ¿quién sabe?

M. es checar el azúcar.

Dra. ¿cada cuándo?

M. diario.

V. depende del medicamento, puede ser dos horas después del alimento.

Dra. No, ¿no vino el del laboratorio a hablar del automonitoreo?

D. es tomar la glucosa para saber qué niveles tiene uno, apuntarlos. Algunos tiene que apuntar diario, otros cada ocho días, como se lo indiquen.

Dra. Exactamente. Es ir checando el azúcar. Hay quienes se pican diario y se lastiman. Son más lábiles. No se deben picar diario a menos que estén descontrolados. Luego, de dos a tres veces a la semana. Hay tiempos. El fin de estarse picando varios tiempos al día es porque vamos a checar los niveles normales. Para saber si el medicamento es el adecuado, acuérdense que después de las comidas aumenta el azúcar. Debemos de checar picos, por ejemplo, antes de cada comida está en 95 o 100 y después del alimento, a lo mejor sube a 200. Quiere decir que no estoy bien controlado. Para evitar picos, se toma el medicamento. Les comentamos del estudio de la hemoglobina glucosilada que nos da el promedio de glucosa de los últimos tres meses y vemos si estamos controlados o no. Debemos tomar la glucosa 2 o 3 veces en el día y antes de dormir porque por la noche producimos glucosa. Esto es el monitoreo, yo en varios momentos del día monitoreo cómo estoy en los niveles de glucosa. ¿Cuáles son los exámenes básicos de laboratorio para saber si soy diabético?

H. de sangre y orina.

Dra. ¿cómo lo pide? Acuérdense que estamos aprendiendo..

S. que la Doctora me lo ponga en un papel.

Dra. ¿pero cómo lo pide en el laboratorio? Como un estudio de glucosa en ayunas. Pero no todos son en ayunas, también lo pide como glucosa postprandial.

H. unos te miden, te mandan a desayunar y te vuelven a medir..

Dra. Sí, llevando la dieta,

M. ¿cuánto sería lo correcto que aumentara?

Dra.V. Hasta 140.

Dra Vi. A veces llegan pacientes quienes eligen si quieren o no ponerse insulina o tomar medicamento. Pero ustedes tienen que ponerse lo que se les manda. Eso no debe ser.

Dra. V. Es importante que aprendan el uso del glucómetro. El examen de laboratorio nos da una idea de cómo andan, pero ustedes deben automonitorearse para saber si en realidad estoy con el medicamento, ejercicio y dieta adecuada. Acuérdense que las complicaciones se presentan en pacientes no controlados. A los 140, 150 presentan complicaciones que depende de ustedes si se presentan más temprano o más tarde. Este curso les hizo meditar que la diabetes es una enfermedad crónica, paulatina y degenerativa.

G. cuándo nos piden un examen en ayunas, ¿cuántas horas se debe estar sin alimento? ¿si yo tomo un medicamento, me lo tomo o no?

Dra. Son doce horas. Usted toma su cena normal con dieta y al día siguiente no come nada antes del estudio. La mayoría tienen medicamentos hipertensivos y vienen con presiones altas. La medicina para controlar la presión alta no cambia nada y sí los protege. Si vienen en transporte público que es un viacrucis y por la violencia, si les toca desgraciadamente un asalto o lo que sea, les sube la presión y están sin protección, por no tomar medicamento para la presión arterial. Por eso tómense su medicina para la presión arterial tempranísimo, en ayunas con agua y no cambia nada. Pueden venir problemas más severos. Mucho cuidado. ¿alguna otra pregunta? Acuérdense que la próxima es la entrega de diplomas. En agosto podemos dar pláticas sobre algo que preguntan mucho y es sobre la disfunción eréctil, más pláticas sobre ejercicio. Nos falta tiempo para comentar sobre muchos otros temas. Por eso me da gusto que me preguntan y tengan interés, aprovechen el tiempo.

S. Dra, ¿cuándo hacen el estudio del agua?

Dra. Ésas son varias tomas, es el estudio basal, son cuatro piquetes. Se mandan si hay dudas de que un paciente sea diabético o no y son varios piquetes. Bueno, yo los espero el próximo jueves con JG, que es el que lleva la lista de asistencia. Vamos a convivir y a preguntarles qué más necesitan. Inviten a la gente, nos da gusto ver el salón lleno porque sabemos que les interesa el tema. Este es tiempo para ustedes, que a veces en el consultorio no tenemos. También esperamos que nos digan qué plática les interesa, y juntos hacemos un grupo bonito.

V. Doctora, también quiero comentar que es importante para sacar mitos, como no tiene uno el conocimiento necesario, yo no me tomaba medición para la presión ni los triglicéridos y hace daño. Y no nos afecta nada el examen de la glucosa. Pero hay muchas cosas como el examen de la insulina. Creo que es muy importante asistir al curso-taller y que participemos todos para que las doctoras sepan nuestro sentir y es conveniente estar aquí, aquí los esperamos.

F. Y hablámos de que algunos van a recibir su diploma pero no quiere decir que no regresen. Y si no reciben su diploma quiere decir que pueden completar su ciclo y entonces recibirlo.

V. F, también sería importante que nos dijeran que otros temas necesitan.

Dra. V. Y siempre necesitamos de la parte de F. Acuérdense que el ser humano no se puede dividir, es un ente complejo y completo. Si el paciente está deprimido, le sube el azúcar. Aparte del

medicamento y la dieta, deben revisar sus emociones. Por eso este curso es muy completo, también tratamos estos otros temas.

F. tenemos el caso del compañero con 540 de glucosa después del choque. Por esto corroboramos que la emociones afectan el nivel de glucosa. Así que se puede medir de qué tamaño fue el susto: de 540.

Dra. Vi. Yo quisiera hacer hincapié en esto. Si el laboratorio les pide que no tomen pastillas, es porque se va a hacer la toma de postprandial. Entonces no se tomen ni la pastilla, ni insulina. Se traen su desayuno y después del desayuno se aplican la insulina y su pastillita. ¿Quedó claro? Esto es importante.

V. hace ocho días entonces el representante del laboratorio dio su plática y nos hicieron un panorama bien explícito diciéndonos cuánto tiempo nos hace efecto la insulina. No luego, luego. Yo participé preguntando sobre la insulina de 24 horas, pero dijo que no cubre los picos. Dijeron los nombres, hacen su trabajo pero a veces hacen más efecto para los alimentos. Es bueno saber.

M. como a mi esposo que se la pone nada más a las diez de la noche, es la de la pluma.

Dra.¿ Cómo le hacen saber si les está haciendo efecto?

M. porque le hacen análisis de laboratorio. 200 con 10 de insulina. Ahora 18, y tiene que disminuirla.

Dra. Con mi automonitoreo. Si la última vez tuve 300... a veces dicen “me siento bien, por eso no me la tomo”. No me tomo la glucosa, pero me siento bien. Bueno, las manifestaciones de glucosa alta son boca seca, bajo peso, orina mucho. No el 100% de los pacientes diabéticos tiene síntomas. Hay algunos que llegan con 500 de glucosa y sin síntomas. No por eso dejo de ser diabético. No porque me sienta bien. Igual con la presión arterial. Ya me acostumbré y ando caminando, haciendo ejercicio. Vean a lo que se exponen; con una pequeña infección, y llegan a urgencias con un coma diabético. Por eso la importancia de estar automonitoreándose.

F. bueno, aunque hay entrega de diplomas, también trabajamos. Nos vemos a las 9.

SESION.

F. ¡Hola a todos! ¡buenos días!. ¿vieron la luna anoche?

L. sí. Yo me sentía deprimida. Cuando me dijeron de mi cáncer me deprimía mucho, pero dormía bien, de 10 de la noche a 5 de la mañana.

F. Para mí es muy impactante ver a Alonso Lujambio, fue ¡hola X! ¡buenos días!.. secretario de Educación Pública, un hombre alto, bien parecido, inteligente y ahora se presentó pelón, sin cejas, muy muy delgado con un parche en el ojo, en silla de ruedas. Para ponerse de pie lo levantan entre dos porque no tiene fuerzas. Lo entrevistaban y dijo que sigue en pie de lucha...

M. y dijo que era temporal su parche, porque por el cáncer no ve bien con los dos ojos.

F. sí, me impactó la imagen pero lo que admiro es su espíritu. Y en ese medio de la política, la imagen le es muy importante. Le dieron una ovación en la Cámara. Cada uno de los que están ahí debía dar su voto y él le pidió a alguien que se lo llevara. El presentarse en público con una imagen tan deteriorada y asumirla y presentarse frente a los demás es muy meritorio.

L. a mí me recordó cuando yo estuve mala y ya llevo un mes con depresión.

F. dices “un mes”, pero no se te nota.

L. no, es que también me dijeron de la esposa de mi hermano, que me daba paz y también ahora resulta que a su esposa se le detectaron cáncer. Y me recordó lo que a mí me pasaba..

F. ¿qué te deprimía ahí?

L. el miedo, porque se me paralizaba la cara y quién sabe qué va a seguir.

F. esto estamos sujetos a que nos suceda. Tú has sufrido muchos altibajos en tu salud, pero tú has practicado las maneras de actuar con tus miedos. De esto reciente que pasa, ¿te da miedo por lo que pasa él o por ti?

L. Por él. Porque sé que de mí, ¿qué se van a tragar los gusanos si estoy bien flaca? Hasta bajé cuatro kilos más. He comido mi pedazo de carne, mi tuna, manzana. Ya he sentido bien mi estómago. Sentía el asco y deje de comer un mes. Luego el miedo de mi estómago, de tener cáncer aquí, te enseñé mis estudios. Y dices que debemos darnos cuenta de dónde viene, el origen, y es mi mente de sentir que me da el cáncer otra vez. Pero no me duele nada, me dan calambres y me dan ganas de no comer. Pero sí le doy de comer al viejo. Y a veces tengo ánimo y hasta me llevo al viejo a vender.

F. entonces necesita medicina tu alma con la visualización, la relajación y recordar todo el esfuerzo que has hecho por ti misma. “Ya sé que caer es para volverse a levantar”.

L. (llora). No, pero es que ya voy muy arriba y luego voy pa'bajo..

F. sí, pero acuérdate que te queremos mucho todos y vamos hombro con hombro para que los demás te ayudemos cuando te sientes mal.

L. (llora otro poco y luego se va serenando). Y tengo una pregunta.. ¿qué es la úlcera?

F. en el estómago, cuando esa llagueta se abre y cuando una úlcera se revienta, es grave. A veces es causada por alimentación equivocada. Se irrita el estómago tanto, que se hace esa llagueta. También el estrés lo provoca porque dentro del estómago, esa bolsita genera ácidos con los que ayuda a que se deshagan los alimentos. Cuando estás estresada hay mucho ácido, aunque no haya alimentos y eso irrita el estómago. ¡ Ah, llegó R.! vamos a cantar las mañanitas porque es día de las R.. (todos cantan) “estas son las mañanitas que cantaba el rey David, hoy por ser día de tu santo te las cantamos así, despierta R despierta, mira que ya amaneció, ya los pajarillos cantan la luna ya se metió”. ¡felicidades!. ¿es sólo tu santo o también tu cumpleaños?

R. sólo mi santo.

F. ¿y te lo festejas?

R. ¡no!

(todos ríen) ja, ja.

F. para mí es más fácil acordarme de los cumpleaños de los muy cercanos, pero no de los santos. Bueno, con lo que le pasa a L, vamos a darle una receta que les sirva a todos, que vean hoy en la noche la luna. Ojalá pueda verse tan clara como anoche. Y voy a leerles un pequeño escrito.

La luna.

La luna se puede tomar a cucharadas
O como una cápsula cada dos horas.
Es buena como hipnótico y sedante
Y también alivia
A los que se han intoxicado de filosofía.
Un pedazo de luna en el bolsillo
Es mejor amuleto que la pata de conejo:
Sirve para encontrar a quien se ama,
Para ser rico sin que lo sepa nadie
Y para alejar a los médicos y las clínicas.
Se puede dar de postre a los niños
Cuando no se han dormido,
Y unas gotas de luna en los ojos de los ancianos
Ayudan a bien morir.

Pon una hoja tierna de la luna
Debajo de tu almohada
Y mirarás lo que quieras ver-
Lleva siempre un frasquito del aire de la luna
Para cuando te ahogues
Y dale la llave de la luna
A los presos y a los desencantados.
Para los condenados a muerte
Y para los condenados a vida
No hay mejor estimulante que la luna
En dosis precisas y controladas.
Jaime Sabines.

V. yo ví anoche la luna y tiene como magnetismo, ¿no?

F. sí, y sólo es abrir los ojos a lo que tenemos. Vamos a ver la belleza que nos regala la ciudad.

R. yo tengo un hijo que vende en Chiapas y vive en una cabaña de paja. Si la cortan (la paja) en luna llena, no se pasa el agua (cuando llueve en el techo de paja). Si no la cortan en luna, entra (a la cabaña) el agua.

F. sí, es increíble. Por eso les digo, aprovechen la belleza que les da la ciudad. Por ejemplo, con la luna de principios y fines de este mes, ha estado precioso el cielo. Dejen que la luna los bañe. Suban a la azotea, quítense la ropa y tomen su baño de luna.

L. anoche ví la luna y le dije “soy como tú”, dije “mis males son de acá” (se toca la cabeza).

F. a mí me pasa cuando veo la luna que alumbraba el mundo y digo “y yo preocupada por mis pequeñeces” aunque dicen que para cada uno, su problema es lo más importante. Después de esta introducción y de las mañanitas para R, a ver, ¿cómo se sienten ustedes?

B. yo no sé qué me duele..

F. B. te duele tu pena que traes contigo.

B. es angustia.

F. es el dolor que estás cargando desde hace muchos años y algo en ti te avisa.

B. es que el hijo es parte de uno.

F. y tanta lucha por él te agota. Mira qué esfuerzo has hecho para llegar hasta acá hoy.

B. y se va a la escuela (llora) y ya no le pido más, le doy una bendición.

F. no le pides, pero dale más, más amor, más amor, el que traes dentro.

B. me dicen, “ya no lo dejes salir”. Pero yo digo, “si se me muere en la calle, Dios sabrá”. Mientras tenga vida, que salga.

F. y también estás cansada.

R. yo pienso que si va a la calle y a la escuela, es que está más o menos.

B. es que con su insuficiencia renal, ya me lo dijeron pero no ha llegado el momento..

F. los doctores te dirán llegado el momento como será atendido, porque luego los internan porque se van sintiendo peor.

B. es que sus riñones ya no funcionan.

F. ¿está en diálisis?

B. no. Ya no en diálisis. Nomás llegado el momento.

F. pero hay mucha gente que está en hemodiálisis mucho tiempo.

M. del cuello le ponen un catéter.

B. sí, ya se lo pusieron pero como ya no se mueve (el catéter), viene a consulta con Lerdo y le digo a la doctora, “ya se le movió “ entonces me dice “tienes que volver a pagar” (por el procedimiento de ponerle el catéter otra vez).

F. ¿y le sirve?

B. sí. Y luego soy muy fuerte.

F. sí, a veces estás fuerte y luego le paras. Tomas fuerza y vuelves a empezar.

¡Buenos días!

S. ¿por qué esperar por el tratamiento de tu hijo?

F. si viene la Dra. Vi. le preguntas. Como ven, aquí tratamos lo que nos pasa. Algunos son diabéticos. Otros no, como G.

G. no, pero tengo carga genética por mis papás. Y vengo porque hoy hay más información y es no sólo por convicción sino por cambiar hábitos.

F. y tu daño, ¿cuál es?

G. soy hipertensa.

F. y la hipertensión también tiene que ver con la diabetes. R. ¿cómo te sientes?

R. como si estuviera sorda. Y más con mi hija. De por sí, me duelen los oídos y le digo “no te oigo, no te escucho”.

V. y ella se molesta, ¿no?

R. sí. Me dice “ve al doctor”. Ella me habla muy quedito, creo que por molestarme. A los demás les oigo bien.

F. entonces vale la pena ir al médico para que te diga “su problema es que su hija le habla bajito”. Ja, ja (todos ríen).

F. tal vez puedes llegar a negociar con tu hija “hija, háblame más fuerte”. Y tú, C, ¿cómo estás?

C. no, muy mal.

F. ¿cómo creen que se siente C?

S. desanimada.

F. y V, ¿cómo te sientes?

V. a veces bien, de repente me llega la nostalgia, la tristeza. Por eso no he dejado mis actividades. Quiero estar ocupado. Los domingos en la tarde, se me carga.

F. ¿puedo comentar?

V. sí.

F. V.

tiene poco tiempo que perdió a su esposa y está viviendo el duelo.

V. como ayer que presentaron a ese hombre (Lujambio), me recordó a mi esposa. El mismo deterioro. A él su deseo de seguir en la política lo tiene vivo, iba bien mal, eso le da fuerzas.

F. V habla, para los que no oyeron, de Alonso Lujambio, el ex secretario de Educación, que después de 7 meses se presentó en la Cámara de Senadores y está muy enfermo. ¿y P.?

P. estas pláticas me están ayudando a cuidarme. De pequeña yo tomaba mucho café y ahora estoy tomando agua. Estas pláticas parece que no, pero tienen que ver porque ahora me estoy cuidando. Veo dónde hay escaleras para subir y bajar. A mi mamá le transmito lo que aquí se dice y ya va tomando el camino.

F. bien. ¿y nuestros nuevos visitantes?

N. Yo soy N.

D. y yo soy D.

F. ¿desde cuándo son diabéticos?

N. hace tres años. Tengo 476 de azúcar.

F. es alto. ¿te modificaron la medicina?

N. sí. Me dan metformina.

F. en general, ¿cómo te sientes?

N. muy cansada.

F. y eso, ¿cómo repercute en tu ánimo?

N. estoy triste y lloro, pero bien.

F. es que uno empieza a acostumbrarse a una forma de vida, a un estar diferente. ¿Cuál es tu calidad de vida? ¿cómo la calificas? ¿crees que puedes mejorarla? Eso hace que el ánimo también mejore. Son dos paralelas que no se pueden evitar. Y ahí es que tenemos que trabajar con las dos. ¿Y tu acompañante tan guapo? (se refiere a su hijo púber) (todos ríen) ¿tú estás bien?

X. sí. Estoy bien.

G. no le duele nada. Ja, ja. (todos ríen).

F. pues lo malo es que ahora , donde hay muchos jóvenes, también hay mucha diabetes. Antes la diabetes era de gente grande. Actualmente hay una gran cantidad de jóvenes con este problema. Es lo que ha estado haciendo el cambio. Se gastan las células B del páncreas en los grandes. Pero ahora, el joven o niño la están presentando. ¡qué bueno que viene el joven a oír para que se prevenga!.

G. y también por su esposo, por la carga genética implicada.

F. bien, y un factor es la obesidad que..

G. por la comida chatarra.

F. sí, ya no hay comida natural, casi toda es procesada. Cuando yo era niña, díganme ¡uuuhhh! Jaja.. (todos ríen por la referencia a ¡hace mucho tiempo!) .. nuestra golosina era fruta, duraznos, capulines, mangos, jícama pero ahora díganme qué niño prefiere un pepino a un tuinkywonder. Llegan al cine y gastan más en golosinas que en el boleto. Todo está enlatado, procesado, con edulcorantes, saborizantes, conservadores, que es puros químicos.

L. yo agarraba una maruchan y la ponía a la sopa.

F. sí. Andamos de prisa. Pero el organismo humano no es para eso y estamos pagando el precio. Los niños están sentados en lugar de jugar, correr. La cultura nos ha cambiado. Necesitamos la prevención. Si llegáramos a prevenir es mejor, para que no se presente la diabetes. Traigo la semilla, pero para que no se presente, esa es la prevención. Hay muchos enemigos. El gobierno ha tratado que en las escuelas no se venda tanta comida chatarra, y se unen las empresas de alimentos en contra. Cuando yo era maestra en primaria, un niño me decía “miss, le regalo mi mandarina “ y cada día lo hacía hasta que un día le pregunté “¿por qué me regalas tu mandarina?” “porque a mí no me gusta”.

V. sí, y ahora le ponen chamoy y muchos químicos que producen adicción, como los chetos.

F. sí. ¿cómo está I. hoy?

I. un poco triste. Un pariente me dijo que tiene cáncer.

F. ¿y esto te provoca?

I. tristeza.

F. ¡qué milagro que vienes! ¿cómo has estado?

Q. dentro de lo que cabe, bien. Sabes que con diabetes, tienes que cuidarte de cualquier infección. Estuve mal de las anginas porque la tomé contra mí. Ya había bajado. Volví a subir (de peso). Y evito comer papitas, pero mi marido llega con su bolsota de pan, “hijo de tu madre, pobrecito pan”. En ese momento no me lo como, pero llego del hospital y lo pongo hasta arriba del refrigerador para no verlo pero ahí voy, un pedacito, luego otro y otro, las quesadillas, y a engordar. Yo lo sé. Pero estoy luchando, estoy luchando y ya empecé desde la semana pasada. Subí tres kilos en cuatro meses.

F. no es tanto, pero para bajarlos sí.

Q. estoy caminando y me metí a natación. Pago mis clases especiales y por eso voy. Me obligo. Estoy luchando contra mí misma, contra Q. Y a ver qué pasa.

F. y aquí mi amiga que hace tiempo que no venía.

Q. con muchos estudios y haciendo la cola (para trámites en el hospital).

F. pero qué bueno que ya estás comiendo.

Q. sí, es que no había desayunado.

F. ya no querías comer ni aire. ¿cómo va tu glucosa?

Q. en 116. Pero sí bajé mucho de peso.

F. ahorita te ves super bien.

Q. sí, era gorda. Pero me sentía super mal. Y ahí voy.

F. lo importante es que te estás haciendo cargo de ti misma. Te estás cuidando.

Q. sí, como mis tortas sin nada de grasa ni mayonesa.

F. ¿qué médico te está viendo?

Q. la Dra. V. Vine a mis terapias. Me toca el martes eso de la menopausia, con el oculista, todo eso.

F. pues ¡síguete atendiendo!.

Q. como entré a trabajar y hoy no trabajo..

F. ¿cómo te sientes?

Q. bien.

F. ¿está repercutiendo el trabajo?

Q. en mi casa me da depresión. Por eso fuera me siento muy útil.

F. R2. ¡felicidades!

M. ¡otra R!

F. otra.

R2. Es que como el mío (cumpleaños) es el 13 de agosto..

F. y el tuyo, R1, ¿cuándo es?

R1. El 6 de enero.

G. eso es como una convicción. Mi hijo es muy comelón y extremadamente delgado. Me decía “la niñas me regalan su lunch porque tiene miedo de engordar”.. con eso de la anorexia..

F. como el niño de la torta. Le pregunta la mamá “¿te comes tu torta?”. “Sí”. Luego le dijo “pónme dos”. (tortas) . Luego, “pónme tres”. Y decía la mamá “¡qué bueno que estás comiendo!” “no, las estoy vendiendo”. Ja, ja. (todos ríen). M. ¿cómo te sientes?

M. a uno de mis hermanos se le declaró la diabetes. Mi hermana V. está mala y no quiere asistir al Dr. A ver cómo los convence uno.

F. ¿y qué te enseña a ti?

M. que debo de seguirme aplicando. Con la dieta a veces cedo un poco, pero trato de no pasarme de ciertos límites. Es que hay la tentación y caes. Es que tratas de llevar en regla la comida, pero en la calle es más difícil.

V. quiero comentar que en la radio dijeron que los mexicanos para celebrar algo, debe de ser con mucha comida y tenemos la costumbre de premiar con comida y ahí radica esto de la mala alimentación como adultos. Escuchaba a la compañera que se acaba de ir, que la comida es el problema.

F. sí, desde el pecho o biberón, para que no llore el bebé le damos la botella. Y aquí se trata de desaprender para hacer algo más sabio. Lo que nos enseñaron y ya no nos sirve en la actualidad, lo dejamos sin juzgar que qué mal lo hicieron los papás. Es elegir qué me viene mejor hoy. Hay un libro que se llama “El diabético optimista” y dice que quien se ama, debe modificarse. Modificar hábitos de comida, sedentarismo, tratarse a sí mismo porque todo eso ha venido formándose a través de los años. Lo que sí como ahora, sé que debo cuidarme para estar bien conmigo mismo. Una descompensación no es agradable, no se siente bonito y más si sé que me provoca complicaciones, me va a afectar la vista, los riñones, los pies.

V. nada más yo quiero comentar que es más fácil aprender que desaprender . En mi caso personal , es más difícil desaprender. No juzgo a mis padres porque en mi formación ellos me hicieron como ellos supieron.

F. y no le vas a echar la culpa a quien cocinaba, pero tú puedes ahora ir eligiendo cómo alimentarte mejor. Les pido a los que no se siente bien hoy, que levanten el ánimo, que vean para arriba porque si no ven para arriba, eso influye en la salud. Y oímos a la Dra Vi.

Dra. Vi. El día de hoy me pidió la doctor V. que habláramos de los exámenes de laboratorio para el control de la diabetes. Los pacientes diabéticos deben ser checados continuamente. Se los he dicho en varios momentos, en varias ocasiones. La diabetes afecta el corazón, intestinos, órganos, pies, nervios periféricos, que son las fibritas éstas que aparecen en estos cartelones. (enseña los cartelones).

Empieza a explicar los exámenes de laboratorio . Luego habla de los pies.

Dra. Bueno, hay que vigilar los pies, es muy importante que el médico la primera vez que los vea, ustedes le pregunten, “doctor,¿ cómo está mi sensibilidad, bien o mal?” Debe de hacerse porque por ahí podemos tener problemas que terminan en amputaciones. Por eso se necesita el estudio de los pies, porque se nutren a través de vasos sanguíneos y si perdemos sensibilidad o nuestros vasos están tapados, nos van a dar molestias. En la noche, cuando se quita el calcetín, el señor se da cuenta que trae sangre. Es porque tiene una heridita por los vasos... F. les ha dicho que es importante que conozcan su cuerpo. Entonces la exploración de estado de sensibilidad es importante.

V. doctora, también tenemos el pulso..

Dra. Es el pulso para saber que el paciente está bien. ¿a quién le quitan su calcetín?

V. yo ya tengo más de veinte años con diabetes y la Dra. Armenta me checaba los pies.

F. Dra, y también las manchas.. hemos tenido pacientes que les salen manchas en los pies. Me refiero a que es parte de la vigilancia de los pies.

Dra. Sí, es necesario reportar cualquier mancha, por eso usen bloqueador, usen mangas largas. Es una exploración de la sensibilidad, para ver cómo están los pulsos que deben de palpase, sentirse. Ahí pasa entre el dedo gordo y el siguiente una arteria, y otra en el peroné. Si no los palpo, algo está pasando. Esos vasos se están cerrando y nos dan problemas de insuficiencia venosa o arterial y luego empezamos con necrosis y el médico les arregla rápido el problema. ¿cómo? Amputando. Y en el paciente viene un estado depresivo terrible, los familiares, no se diga.

F. la familia está afectada igual o más que el mismo paciente.

Dra. Eso lo podemos evitar y en lugar de que el problema sea ahora, por lo menos que pasen cinco o diez años con más calidad de vida. Es tan simple como revisarse los pies. Como ponerse la crema para las arrugas.

F. para las ilusiones. Ja, ja. (todos ríen).

Sigue otro momento explicando otros exámenes de laboratorio y termina la sesión.

Sesión 04/09/2012.

G. llegó y pidió la llave en una oficina, para abrir el salón y entrar. Abrió y en eso llegó F (facilitadora) y juntas sacaron dos cartelones publicitando el grupo. Hablaron de modificar los cartelones, actualizando la información y el diseño, y hablaron sobre la organización del aniversario.

9.10 llegó D. (varón).

F. ¿cómo estás D? ¡buen día!

D. buen día.

G. me decían que hay un seguro para pacientes diabéticos, lo ví anunciado en el camión.

F. sí, AXA.

D. a un vecino lo llevaron a urgencias, de un día para otro le dio un bajón del azúcar. Le dieron dieta y le dijeron que podía tomar refresco light.

F. ¿sí? Los nutriólogos dijeron que el light, por su proceso de muchos químicos, no es bueno.

D. Y un enfermero hizo un coraje, se le subió la presión, se le reventaron las venas y estuvo a punto de perder la vida...

G. ¿te anotas? (le pasa a D. la lista de asistencia).

D. Sí. Y una pregunta, ¿por qué no te anotaste tú primero?

G. ja, ja. No sé. Por no ser la primera.

D. sí, y decían que el azúcar blanca hace más daño que la refinada y en el 2008 que se me detectó que tenía el azúcar arriba, me dieron el mascabado.

G. una nutrióloga me dijo que la margarina es más light, pero que es mejor la mantequilla.

F. es lo mismo, pero la diferencia son los pasos de la refinación.

G. y como es light, le ponemos más..

F. light o no light, hay que tener cuidado con los excesos en comer, beber, trabajar, angustiarnos. Si comiéramos bien (hay otros factores) , pero prevendríamos la diabetes.

D. sí, dicen que si comemos el huevo y haces coraje, te hace daño.

F. no es el huevo, sino el corajote.

D. sí, el aguacate y el coraje no son buenos.

F. de niña nos decían “no tomes leche si comiste aguacate”.

G. dicen que el aguacate es buenísimo comido.

F. pero tampoco en exceso. Lo mejor es la medida.

D. hace 7, 9 años me dio la fiebre tifoidea y en ese tiempo nomás se salvaba el 10% y de esos uno quedaba bien y a veces, ni uno. Como yo me salvé y quedé bien, en mi trabajo me tenían como catador de la comida. Comían en la calle y si donde yo comía, comían ellos. Yo les tomo la leche fría, hasta un litro. Y es que cuando estaba trabajando en serigrafía, necesitaba mucha leche por los

productos que usamos para que no nos hicieran daño. Yo me la tomo así. Si tomo leche y un gajito de naranja, nada. No me pasa nada.

F. Yo puedo comer una naranja en gajitos; pero el jugo de naranja, me laxa. Pero la fibra que tiene la fruta es como una escobita, nos dijo la nutrióloga. Y también nos recomendó evitar los jugos porque tienen mucha azúcar y menos fibra.

D. otros dicen que la sandía en la noche es mala. Yo me he comido rebanadas en la noche y nada. Y cuando llego a tomar 2, o 3 cervezas o voy a reuniones, me sé medir. Mi cuota es cuando siento el estómago inflado, le paro.

F. ¿cómo estás?

M. me tocó una cola larga para entrar.

D. hace 8 días me tocó la cola casi hasta Cuauhtémoc.

G. y una señora me dijo: “¡ Ay,que grande!” (la fila para entrar). Y le dije: “póngase feliz porque a veces llega hasta la esquina.”

D. el jueves llegué antes de las ocho por el estudio que me hicieron, y ya estaba hasta la entrada del metro.

F. yo me imagino que los lunes ha de estar peor , y después de un día festivo. (se pone de pie y camina hasta la entrada) ¡hola Vero!

Vero. ¡hola! Vine a buscar a la Dra. Vargas. (se toman de las manos, con afecto). ¿en qué consultorio está?

F. en el 42.

Vero. Voy con mi hermana. ¡Gracias!.

F. luego nos vemos. (regresa a su lugar).

D. y ya nada más esperé media hora.

F. eso es más humano, pero citarlos a las 7 y recibirlos a las 2..

G. el jueves nos toca la clase de la presión.

M. no, es nutrición.

F. pero son cuatro pláticas de nutrición.

N. todo septiembre es nutrición.

F. empieza el 6 de septiembre, este jueves. Yo le dije a la Doctora que si necesita mi tiempo, lo tomaran.

M. les van a enseñar a tomar la presión.

D. No puedo venir el jueves.

F. sería interesante que vinieras.

D. este sí, pero el otro no.

F. es que las pláticas de nutrición tienen que ver con las dudas de todo tipo y es importante que vengas.

D. yo tengo el galvanómetro de mercurio y el otro. Y sí me agradaría..

F. pues dijo la enfermera que trajeran sus aparatos para que aprendieran a usarlos.

D. sí, tengo de los dos. Me lo dio un pariente que hace ocho años que le dio un infarto, le dieron captopril, pero compró del Dr. Simi.

F. para la presión.

D. con los setenta pesos compró tres cajas y al mes y medio ¡rájale! Que le viene el infarto. Y su medicamento se lo estaba tomando pero no era la misma dosis.

F. sí, es que en similares no siempre la presentación es de la misma dosis.

D. y a la suegra de mi hermano le pusieron una inyección y le agarró una depresión. Por eso es que del

Dr. Simi..

G. es que los genéricos..

D. es que una cosa son los genéricos y otra los similares. Como el chiste, todo es la misma fregadera.

F. y ahora hasta dan consultas.

D. sí, en todo caso, es mejor comprar genéricos.

F. Y ahora hay muchas medicinas que ya se caducó la patente y hay otros laboratorios que las sacan más baratas.

D. un compañero puso una farmacia. El era enfermero y su esposa química. Pusieron su farmacia. Ya tenía tres farmacias y que se enferma mi hermana y le dieron una ampolleta. Se tenía que poner seis o siete cada 24 horas. Y se me ocurre, ya fuimos a la de Dios, la París, ya gasté medio tanque de gasolina. Y le digo "oye, ¿y si vamos al laboratorio de Tlalpan?". En ese tiempo me costó setenta y tantos y que voy al laboratorio y que me lo dan en veinticinco pesos. Llegué al laboratorio y le dije "ya me pasee por varias farmacias, véndanmela o díganme dónde la encuentro". Y sí me la vendieron.

F. y qué raro que te la vendieron al menudeo.

D. y le dije “ya me paseé”. Pero veinticinco pesos por ampolleta, entre la farmacia y el distribuidor..

F. hay una fundación que apoya a personas con cáncer y el apoyo es que les dan el medicamento.

D. a mi punto de vista, no están apoyando sino tomando a esas personas como distribuidores.

F. sí, y lo hacen a través de la fundación, el laboratorio capta a esos enfermos.

D. sí, y X citó a un representante de un laboratorio, nos dio una plática de media hora, nos dijo lo que debe comer y no. Y me dieron diez tiras reactivas y me dijo:”el glucómetro te lo regalo”.

F. últimamente los han detenido (el hospital les restringe la entrada). Pero venían de distintos laboratorios y con el glucómetro les enseñaban a calibrarlos. Si el glucómetro no era de la marca de ese laboratorio, se los tomaban a cuenta, pero ya no vienen.

F2. el cuatro de octubre y el dieciocho de octubre viene el laboratorio a dar la plática de insulinas..

F. antes el laboratorio nos traía hasta pastel en el aniversario del grupo.

F2. usted ¿cuántos años tiene de diabético?

D. que se me detectó, en el 2008. Nada más se me detectó porque tenía sed y sed y sed. Y tomaba botellas de refresco, agua y jugo. De triglicéridos, andaba arriba de 900 y glucosa alta. Y en quince días los triglicéridos los bajé a 300 a pura dieta, nada de medicamentos. Puras verduras, nada de carne. Dí el bajón de 5 kilos. Estaba yo pesando 110, luego 102, 100. Ahora el 14 de junio me descompensé de la presión y bajé de 102 a 92, cosa de 1 o 2 días.

G. ¿bajó o subió?

D. ya sabía que tenía la glucosa arriba. Comí pan. Estaba arreglando el carro y me dijo el mecánico “¿una cervecita?” Y nos la tomamos, y a los dos o tres días..

F. ¡hola mujersota!

Y. hacía mucho que no la veía..

F. y ese fue el disparador..

D. y me dieron pollo con mole. Bueno, me lo comí y venía sobre el eje 3 y que me bajo. Ya me sentí mal del estómago y volví el estómago bastante. Dije, “ya solté lo que traía y llego a la parada del Metro doctores, recogí la prueba del laboratorio y que vuelvo otra vez el estómago. Estaba ahí un oxo, luego me enjuagué ..

F. ¡hola E!

D. .. y de ahí p acá supe del azúcar arriba. Y siempre he andando brincando.

F. ojalá que conserves ese peso y llegues a tu peso ideal.

D. ¿cuándo va a ser el aniversario?

F. el 27 de este mes.

S. hola, es que traía en una miquita sus cosas (mi hermana), su credencial de elector.. Ahí viene y en la puerta le digo “pásate conmigo” y me dice “es que me sacaron mis papeles” (se los robaron cerca del hospital) . Entonces fui con el doctor a que le sacara otra vez las citas. Traía una mica y como traía un billete de veinte, han de ver pensado (sic) que traía las perlas de la virgen y se los quitaron aquí en el puesto de los tacos y como caminamos taaaan rápido.. Fui con la enfermera, me dió las órdenes (para estudios de laboratorio), fui al laboratorio pero no estaba Vero, voy a ver si la encuentro, a ver si la veo y si no, regreso de todos modos ya que estoy aquí, para oírlos un ratito.

F. . la doctora nos dio dos opciones: reunirnos a comer o desayunar. No nos dan buen precio a menos que sean más de cien personas, es ciento ochenta pesos por persona para comer en Sanborns. Si es desayuno, nos dan el área del bar, para que estemos todos juntos. Si quieren , cada quien escoge su platillo y la doctora quiere que estemos un tiempo juntos. ¿te acuerdas cómo eran antes, (los aniversarios) E.?

E. eran en el parque.

F. había una gente que nos apoyaba con lonas y avisaba a la delegación. Son nuestros quince años de trabajo ininterrumpido, nada más paramos en semana santa o vacaciones de navidad. Yo deseaba para los quince años un fiestononón. Antes poníamos pequeños stands de diversas actividades. V. trajo un animador de música y ejercicios para los diabéticos. Se armó la pachanga. Trajimos tríos. Pero ahora..

D. no siempre se puede.

F. los trámites para hacer el permiso en la delegación son engorrosísimos. Por eso ya se optó por hacerlo en un restaurancito así. De todas maneras es importante celebrar. Lo más importante y lo bueno es que no pase desapercibido. ¡Hola Doctora Villalobos! Pues andábamos hablando del aniversario del grupo. Cumplimos quince

Dra. Ja, ja, pues bailemos el vals.

F. es el jueves 27 de septiembre. ¿Y el grupo de cáncer de tiroides, cuántos cumple?

Dra. Como 17. También celebramos muchos años.

F. ¿su grupo empezó antes de que llegara Queta?

Dra. Sí, empezó primero en consulta externa y luego en hospitalización, con el Dr. Hurtado.

F. ¿de cuando la Dra. A. se fue? Queta vino aquí al hospital, llegó al programa de diabetes. Luego también venía a sus consultas de cáncer de tiroides y luego vino aquí, fue a Cálevi y luego a la montaña.

Dra. El doctor Vs era el Director y era un servicio bien hecho para la enseñanza del paciente. Y el doctor Vs, cuando se echa un compromiso es al 100% y a veces si yo me siento mal, no vengo y eso me ha hecho no sentir plena. Pero él está al pendiente y me dice: “nos vemos allá”. Su oficina está en Oncología.

F. me decía que el plan del hospital es hacer una universidad del paciente.

Dra. Sí, hacer algo bien hecho pero F, la experiencia que yo tengo, y ya tengo muchos años de experiencia, es que es más fácil hacer grupos como éste, como el del Doctor Hurtado, que hacer una Universidad. No sé, una cosa que tendría un carácter obligatorio. Y el paciente viene de fuera, muchas veces no lo pueden acompañar. Yo veo muchas cosas que aparentemente podrían decir que soy negativa..

F. muchos vienen de fuera..

Dra. Pero vienen un día. No sé si recuerden un paciente que se hizo una herida, venía de fuera con su esposa. Le dije “vamos a infectología”. Se hicieron los trámites para que lo atendieran y desapareció. Un día me encontré a su esposa y me abrazó llorando y me dijo que estaba de maravilla. Muchas veces no sabemos qué pasó: ¿fue bueno, fue malo, hubo un error?. Lo veo tan difícil. Y aquí en diabetes, yo creo que es un punto cardinal lo que llevamos, que es un seguimiento y la parte de acompañamiento emocional y esto es difícil hacerlo, no es fácil la construcción de esto. Porque en las terapias de apoyo es una consulta, que hasta donde yo sé, mínimo es consulta de una vez a la semana y depende de la gravedad del paciente, dos. Claro, esto no se va a prolongar demasiado, a medida que se vaya mejorando va espaciándose más y luego se va a terapia individual y los pacientes que sí obedecen, ya pasaron de terapia grupal. Entonces hijo, F. es la aceptación porque en consulta particular hay una cantidad espantosa. Así están los expedientes. ¿Qué pasó? Lo que pasó es que el médico se dedicaba a ver la glucosa, a regañarlo y el paciente salía decepcionado.

F. enojado.

Dra. Enojado, decepcionado. Entiendo eso y por otro lado, qué hace el pobre médico que por instrucciones de la autoridad, a un paciente subsecuente se le dedica de diez a quince minutos y de primera vez, 20 a 30 minutos. Y yo decía “Dios mío, qué voy a hacer si de primera vez yo me tardé dos horas y luego viene a las cinco de la mañana.” Les digo “háganse su lunch desde la noche anterior en lugar de irte a los tacos y tamales”. Pero eso es entendiendo y aceptando. El lunch con queso panela o queso de pavo es más limpio y más barato, y su vaso de leche mientras espera consulta. Yo trabajo en el hospital, soy médico (dicen que soy médico), cuando acudo tengo que tener mi carnet (como paciente). Mis compañeros me dicen “no hagas nada de esto” (de los trámites administrativos). El doctor de aquí tiene dos caminos: o va al ISSSTE o con copia de su credencial paga 50%; es entendible. Pero por amistad, nosotros no pagamos nada.

G.usted decía que más estructura y más estructura es burocracia y eso aleja mucho a la gente. Esto es con menos trabajo más directo.

Dra.Sí, pero nosotros pagamos treinta y cuatro pesos, por favor, hay que ayudar al hospital. Un estudio, me cobran 50%. “no, pero ¿por qué pagaste si aquí estás trabajando?”, me dicen. “porque lo puedo hacer, mañana quién sabe y así ayudo al hospital”. Mi hijo es oftalmólogo y tenía retinitis. “Préstame tu credencial y vas a pagar 50%”. Llega con su amigo y le dice “¿por qué pagaste?” Le dije: “Contéstale, porque si no, tengo que ir al ISSSTE y hacer todos los trámites y nunca tienen medicinas”. Ora voy en forma particular, me dicen “a las cuatro” y no es cierto porque el médico no sabe cuánto se va a tardar. Una cosa que me pasó y se me quedó grabado es que llego, escojo al doctor, uno de los mejores médicos porque yo tengo problemas del corazón y me da miedo operarme y que vayan a encontrar todo echo bola y digo “ése”. Me vió, muy amable, vió mis placas y dice “necesita cirugía” ¡o.k.! el no sabía ni supo que yo era médico. Me dijo “mire, señora, ya la revise y no sé qué tiene.

G. yo le diría “¡váyase al Hospital General!”

F. pues ¡qué honesto, doctora!

Dra. Le dije “señorita, ¿cuánto le debo?” “ochocientos pesos” ¡ochocientos pesos para que me diga “no sé lo que tiene y regrese en tres meses!”. Iba con mi hermano para que no me diga “son tus nervios”. Yo salí arrastrándome. Pero siempre hay una solución. Un doctor internista que acaban de festejar este viernes, fue y me dijo “tienes una bola. Vamos a revisar con una endoscopia”. Bueno, por fuera y por dentro. Todo mundo pasamos por eso. Obviamente que regresamos al punto. Nuestra cabecita es, en un porcentaje muy alto, la causa de nuestras enfermedades y eso ya es viejo, el estrés produce una cantidad de cosas, cosas que cada vez se saben más en el aparato. Digo, se dan una cantidad de neurotransmisores, ustedes vean qué porcentaje tan alto hay. Yo he observado en momentos de más presión, si tengo un estómago hasta acá, se inflama hasta acá.

F. yo he experimentado en mí. Mi esposo sobrevivió a tres paros cardiacos. Pero yo creo que yo me quedé con toda la angustia. Y me iba a ir a Europa y 20 o 30 días antes, de repente sentía que me daba una taquicardia y se me hacía así el corazón. Yo ya hacía mis ejercicios de relajación y fui al cardiólogo de mi hermano. Primero fui con el doctor amigo mío y me dijo “ve con Faulch porque aquí hay una curvita que no me gusta. “ El doctor me dijo “tienes insuficiencia coronaria” y me dio una receta con los mismos medicamentos de mi marido. Me dijo “llévate una medicina y no subas la torre de Pisa”. Me fui con mal ánimo y el vasodilatador era terrible, su efecto. Y le empecé a bajar la dosis. Cuando regresé lo fui a ver. Le dije “cuando me da la taquicardia y hacía relajación, se me quitaba”. Me dijo “eso no sirve”. Me mandó un ecocardiograma y me dijeron “ ¿por qué se lo mandaron? No tiene nada”. Le dije que a veces no digería bien y le platiqué lo de las taquicardias y me dijo “bueno, sigue haciendo los ejercicios de relajación y si te pasa algo, me dices”. Creo que eran ataques de ansiedad porque el viaje iba a ser sin mi marido y lo habíamos planeado con él. Yo le dije “Doctor, con los ejercicios de relajación se me quita”. Ahora hay quien recomienda ejercicios de relajación. Ya hay más apertura y algunos doctores aceptan que la enfermedad uno a veces se la provoca y..

Dra. Sí, dentro de las teorías de la úlcera gástrica hay un aumento de cortisol porque es una señal de acá arriba (señala su cabeza) y hay personas que no lo soportan y empiezan a causarse daño. No sé si conozcan al Dr. R. de Neuro. Obstáculos hay cada ratito, que no hay papel, se cayó el sistema y él, como si no hubieran problemas; buscando aparatos viejos, ha hecho estudios sobre el aparato digestivo. Desgraciadamente él se va a Nueva York, Francia y otros lugares porque una vez me dijo “Doctora, ni caso hacen de los estudios, ni los ponen en práctica”. Es muy estricto, me dijo “pasa esto y esto por el estrés. Si se despierta a las tres de la mañana póngase a leer o escribir y verá.” Luego me dice “fíjese bien qué alimento le cae mal y tiene que hacer ejercicio todos los días y hay para todos, no necesariamente debe ser correr.” Y aquí a la entrada del Siglo XXI (se refiere al Centro Médico del Seguro Social) hay un anuncio con una serie de ejercicios. O.k. no podemos correr, vamos con el Doctor, saca sus láminas y no las vemos. A mí me mandó Tai’chi. Ahí están los horarios. Tomo el metro y llego en dos minutos. Me resisto a ir. ¿por qué me resisto si esto me puede mejorar? Maneja muchas cosas que nos pueden traer beneficios. En cambio, ¿qué beneficios obtenemos de la obesidad, de la osteoporosis?

F. Pues sí, tiene mucha razón y hay un intento para que haya aceptación activa. “Yo sé. Yo hago todo lo que el médico me dice”, pero hacen más o menos lo que el médico les dice pero no hay una actitud, no pongo todo mi entusiasmo para una vida rica, plena y eso no es problema del cuerpo, sino del alma. Así encontramos mucha gente apática que no tiene ese gozo de vida. Y eso es la creencia del Valle de Lágrimas y me cargo de todos los problemas de la hija, vecina y sufrimos por todos los problemas y sufrimos de estrés altísimo.

M. Dra, en el Instituto de Psiquiatría yo no lo conozco pero dicen que llegas, sacas tu ficha y te hacen un estudio. Usted va a consulta allá, usted aquí. Hay pacientes que llegan con problemas psiquiátricos importantes y los internan pero son siete días, no más. La terapia psicológica y todo es terapia rara.

¡Buenos días, adelante, bienvenido!

Dra. Hay pacientes que me dicen “ Yo llegué media hora después y es una orden que el médico, el psicólogo, todo tiene horarios...” “ Y el paciente dice “¿cómo no me ve, si acabo de llegar?” y salen sacando rayos y centellas. Así pasa. Entonces hoy venía yendo el Síndrome.. bueno, ahorita me acuerdo, de los niños que les pegan a los papás.

G. hay el síndrome del Emperador.

Dra. Y que no se detecta, no se estudia y son problemas de psiquiatría.

G. y es una vacío en la silla de autoridad.

F. es un problema de crianza.

D. ¿de crianza o psicológico?

Dra. Volvemos a lo mismo. Hay que estar al pendiente.

D. pero usted lo está diciendo. Yo creo que es un problema de crianza, de la familia. Porque a mí me tocó ver un caso, ¿cómo es posible que el señor tenía una niña que ya empezaba a caminar y a hablar, “mamá, mamá” “ sí, hija de (/&# “ y luego la niña repite las palabras malsonantes y ya ves, por no hacerle caso a tu hija. Era para haberle dado. Y poco a poco el problema fue creciendo.

G. las escuelas para padres están vacías. Con profesores y todo, pero no van los papás.

F. Doctora, tenemos una nueva paciente. Este es el programa de diabetes, ¿usted la sufre?

X. no, tengo osteoporosis y vengo a rehabilitación.

Dra. ¿qué le rehabilitan?

X. el hueso.

Dra. ¿sabe usted qué es la osteoporosis?

X. que se va haciendo bofo el hueso.

Dra. ¿uno o todos?

X. (se sorprende y no contesta).

Dra. Son todos, al salirse el calcio..

M. este señor no se puede sentar.

F. que se recargue (con tono de voz suave y comprensivo).

Dra. Es una descalcificación de los huesos que a partir de los cuarenta años, la empezamos a sufrir y periódicamente hay que revisarnos. A usted le dijo el ortopedista..

X. sí.

Dra. Y tiene que ir a endocrinología.

X. sí, ya conozco todo el hospital, porque voy a Gastro.

Dra. ¿se siente bien atendida?

X. sí. A veces no tan bien. Me hicieron unos estudios porque me hormigueaba la pierna y siento presión, como que se dirige al cerebro y la columna, pero son tres veces que me pasa y me mandaron de aquí, Tres veces he ido a consulta y me dice el doctor que me tengo que operar de emergencia. Pero una operación hay que programarla, ¿no doctora? Me dijo el doctor que era un tratamiento de tres años, pero como uno es pobre tiene uno que ir guardando sus quintos, pero me dicen así de repente y sin quintos, porque no me lo van a hacer gratis, ¿o sí?

Dra. No, pero sí pueden prestar para el medicamento. Hay que pedir dinero a la comadre o robarlo, ja, ja. Mire, el dinero va y viene pero la salud, no.

X. por eso le digo, yo tengo todas mis enfermedades tratadas en este hospital, son como veinticinco años. Entonces, doctora, si usted le está diciendo a su médico “¿qué posibilidades tengo de volver a caminar?” y le dice muy enojado “no soy Dios”, pues no, Doctora.

Dra. Sí, pero el paciente tiene confianza en el médico al 100% pero a veces el médico tuvo un caso difícil, a lo mejor le dice “mire, mujercita, vamos a hacer esto y esto y los resultados pueden ser buenos y el de allá arriba que nos ayude”, yo se lo dije bonito..

F. ¿usted tiene dificultad para caminar?

X. sí, le decía que me dolían los huesos pero no me hacían ningún estudio y ahora que ya saben, me manda a ortopedia y como dice la doctora, hay que pedirle a los otros.. yo trabajo, pero gano poco y luego me hicieron otro que le enchufan unos cablecitos en la cabeza y en las manos y ahora ya me manda estudios, antes era a tientas, para saber... y me los cobran..

Dra. Y como para pedirle a la conocida..

X. no, pues con este doctor que me contestó así, no...

M. ¿y en el seguro popular?

Dra. En el seguro popular no la operan ni hacen estudios de esta magnitud. Son muy finos, atienden y dan medicina, pero no son regalados. Yo pienso que está mejor que antes, pero no tiene el nivel de este Hospital.

M. los canalizan a otros hospitales.

F. ¿y ustedes vienen por problemas de diabetes? (se dirige a dos personas nuevas).

Y. voy para nueve años.

F. y sus cifras (de glucosa) ¿las maneja bien?

Y. no porque tengo una pastillita. Me siento mal de la vejiga y los pies se me hincharon. Me pusieron una sonda y el doctor me dijo que me operen.

Z. (esposa de Y.) Tiene cáncer de próstata.

G. para cáncer, atiende el seguro popular.

Z. No, ya me mandaron a la torre (de gobierno, donde está el director del hospital). Un suplente del director me dijo “usted viene vestida, con zapatos.” Yo pedía ser exenta (de pago) y me dijo, “viene con su suetercito” y le dije “no le pido que me regale” me dijo “le doy segundo nivel” y le dije “¿Qué es segundo nivel?” -“una letra”.

Dra. Mire, hay cuatro niveles. El más alto es cuando uno tiene posibilidades económicas. Los estudios los cobran muy parecidos a los del laboratorio particular y saben qué nivel es, por el estudio socioeconómico. En el nivel tres, hay un descuento y el estudio sale como 45 o 50% de descuento. Luego el dos se cobra más barato, casi el 15 o 20 del costo normal. Les voy a traer la

próxima vez una tablita. La trabajadora social es mi amiga.. Y el primero es prácticamente exento. Por lo menos se tiene que pagar el día cama que son los días que están internados. Los sueros, medicinas, si los tiene el hospital, se les dan. Si las sondas no las tiene el hospital, se las piden.

Z. pero yo tengo la letra “E” y me dijo que no. Entonces le digo, si es la “E” y va de la “A” y luego sigue la “H”.

Dra. Pero la “H” es lo que usted mencionaba hace rato. Cuando el paciente verdaderamente no tiene, no tiene para comer, no tiene para vestir.

Z. es que no nos la compramos la ropa. Nos la regalan.

Dra. Pero usted ya tiene un nivel. La “H” es para quienes no tiene qué comer ni ..

Z. y me dice, “le pongo dos niveles”

F. pero ¿para arriba o para abajo?

Dra. Eso preguntó la señora y ya le respondí.

Z. no la tiene (la letra con sello de trabajo social).

Dra. Por eso tiene que ir a Trabajo Social.

F. y usted ¿cómo anda de salud? (le pregunta a Z)

Z. pues también tengo vértigo y dolor en el cuello. Tengo dos hijos de la drogadicción. Tengo uno anexado y le llevo dispensa porque si no, me lo sacan.

F. ¿le hicieron la prueba de diabetes? ¿le han sacado sangre de su dedo?

Z. sí, pero no tengo.

Dra. ¿en su familia hay diabetes?

Z. no. Hace 3 o 4 años me hicieron una cirugía. Pero no puedo venir. Es él o yo.

Dra. Pues necesita ir a ortopedia.

F. por el camino a Xochimilco está el Instituto Nacional de Ortopedia. Están especializados..

Z. Venimos de Valle de Chalco. El es el del sustento, ahorita no trabaja.

Dra. ¿ya le hicieron la biopsia?

Y. Ya, me mandaron estudios, y ya los pagamos. Y es para el catorce.

Z. Dice el doctor que tienen validez para quince días. Ya pague mil cincuenta y seis. Le digo que nos tardamos dos meses, desde junio. Apenas juntamos. Ya lo hubiéramos entregado en agosto pero el dinero no nos alcanzaba.

Dra. Ese estudio en forma particular le hubiera costado siete u ocho mil pesos. Pero su clasificación le ayudó.

Y. a un tío le hicieron la tomografía computarizada y le costó como dos mil pesos en urología.

F. y ¿cuándo vuelve a tener cita?

Z. Me voy a la unidad 105 pero el doctor no está. Lo ando buscando. Está en la UNAM. Tengo que ponerme bien lista. Nos urge que nos dé la cita. Pero tiene que ser el doctor que lo está tratando.

Dra. 15 o 16 tiene los resultados. Entonces hasta el 17.

F. C. pásate.

Dra. Y con escáner..

Z. No se lo hicieron. Nos dijeron que no se lo hacían y le cobraban diez mil pesos. Y vino y ya tenía su cita el cinco de junio.

Y. sí, lo que pasa es que me ha tocado con varios médicos.

Z. por eso ya no.

Y. cada doctor me mandaba hacer un estudio, ya llevo como ocho.

Z. y ahora ya tiene problemas de sangrado y dijo el médico de urgencias, "así va a ser hasta que lo operen".

F. ¿y cuánto tiempo tiene con la sonda?

Y. desde febrero..

F. y se la cambian

Y. cada veintiún días. Porque la otra vez, la verdad no teníamos dinero ni para comer.

Z. el doctor nada más movía la cabeza. Ya cumplió sesenta años y ya aunque sea poquito..

Dra. ¿en qué trabaja?

Y. yo fui hojalatero.

Dra. ¿y no tiene seguro?

Y. nada, ni seguro ni ISSSTE.

Dra. Aquí hay servicio de silla de ruedas.

F. tiene que ir el señor. Si no lo presenta, no le dan nada. Con su carnet, se lo dan.

Dra. Y lo lleva con el doctor y le dice que está sangrando.

Y. tuve sangrado casi todo el mes.

Dra. ¿ahorita no?

Y. poquito.

Dra. No sabemos si la sonda está golpeando sobre el tumor. Primero van por la silla a urología, a ver al doctor. Con o sin el estudio, lo van a operar. Ellos ya verán si lo internan.

Y. ya.

G. aquí estamos los martes y jueves de nueve a once, si necesitan orientación.

Dra. Mire, váyase por la silla; váyase a urología y voy a darme una vueltecita..

F. ocho meses diagnosticado...

Dra. Con una bola de este tamaño que ya no lo deja orinar ni defecar. Con o sin tomografía, lo tienen que operar.

F. y si está sangrando constantemente..

Dra. Académicamente sí requiere una tomografía, pero..

F. ¡qué cosas! Y luego, todas las dificultades que acarrea, los costos, traslados..

T. ¿eso es todo?

F. la invitamos a que venga martes y jueves porque aunque no tenga diabetes, hablamos de muchas enfermedades, como sobrellevarlas y le puede servir.

T. ya voy a mi trabajo.

F. ¿qué hace?

T. voy a trabajar en una casa. Si no, ¿de dónde sacamos dinero para curarse?.

F. ¿qué nos queda de todo esto que oímos?

M. decepción.

F. E, ¿qué te queda de oír todo esto?

E. a mí, coraje.

G. impotencia y la única opción es rezar; me libera de mi frustración y resentimiento, para que ayude a los doctores.

H. a mí me urge a un gran esfuerzo para que toque el corazón de los doctores, que a veces se hacen apáticos a las necesidades de los pacientes. Ellos pueden ser sabios, pero les falta corazón..

F. y a ti, M, ¿qué te queda de oír todo esto?

M. prevención.

L. yo, aprender a hablar con los médicos. Exigir, que me manden los estudios, que me den los resultados. Se hace uno chiquito. Se imponen sin saber que son tan humanos como nosotros.

F. ser más asertivos, buscar resultados, soluciones..

N. no porque uno me dijo que no, dejarme. Si no se da uno valor y la confianza de exigir y pedir, no le hace. Pagar, de algo nos ha de servir. Me pongo a pensar en mí, en primero ayudarme a mí misma y reconocer los lugares donde me pueden ayudar.

F. no se conocían los derechos de los pacientes y hasta hace poco hay una carta de derechos de los pacientes..

D. pero ¿de qué sirve?

F. por lo menos lo saben. Antes la gente no preguntaba, no se defendía. Nos dirían “le estoy diciendo esto; ¿qué no entiende?” y bajaban la cabeza. Ahora van a la subdirección. Saben que tiene derecho a un trato digno. No digo que hay que ser agresivos..

G. No, con respeto, pero que me digan o que me manden con quien me pueda decir qué sigue. Porque uno se apabulla. A ellos para eso les pagan.

F. y lo vemos desde la entrada, la recepcionista, la trabajadora social. Y hay algunos que están con tanto estrés que tratan mal al paciente; y entiendo las grandes cargas de trabajo que tienen.

N. yo digo que ya con eso.

F. pues nos vamos con esa enseñanza, doctora. Y M. dijo una palabra clave: la Prevención.

SESION 11/09/2012.

F. ¡Hola, buenos días! ¿cómo están?

V. no puedo caminar mucho porque mi pie me duele. Luego se me hincha.

F. ¿y no te interesaría ir? (a la caminata del diabético).

V. lo que pasa es que voy a empezar un programa en el Seguro (social) de Geriátría. Mañana tengo dos consultas.

F. ¡pero qué bueno, que te hagan un chequeo!. Bueno, te voy a dar un folletito para que pases, por si les interesa.

Y. es domingo creo, ¿no?

F. no es 29, sábado. Y el 27, Paco, es el aniversario de aquí del grupo. ¡Hola D! ¿cómo estás? (D le da la mano a todos). Y la celebración es ir a Sanborns. Cada uno va a pagar sólo lo que consume. Y vienen los doctores. Es jueves, acabando la sesión en el área del bar.

P. a un lado de la caja, ¿no?

F. sí, se está avisando a los más posibles de los pacientes y los médicos especialistas que nos quieran acompañar.

D. y la caminata ¿cuándo va a ser?

F. ¿no te lo dijo JG? ¿le quieres responder?

P. pues aquí dice que debo ser paciente de diabetes o hipertensión.

F. por eso les piden que respondan esto. (les da un formato de la carrera),

P. por eso debe ser sólo para pacientes.

(llega ML).

F. ¡hola muchachita!

D. ¿tienes pluma, N?

N. sí.

F. (le habla a P) pero puedes ir y observar. Te checan varias cosas y que ves cómo se organiza la carrera. Para que les den constancia de la carrera les piden sus datos, y la distancia depende de la condición de cada uno.

P. ¿es carrera o caminata?

F. caminata.

P. no camino, digamos mucho, pero sí he caminado. Soy de los que aguanto caminando directo, pero sí me cansa andarme parando de tienda en tienda y por ejemplo mi esposa me dice que la encuentre en el centro, y no me gusta.

(llega U. y F. se acerca, la abraza, la toma con las dos manos y le dice “¡qué milagro! ¿cuándo vienes?. El 27 es el aniversario. Vamos a ir a Sanborns en el área del bar a las 11 de la mañana, Van a ir los médicos, para ver a gente como tú. Son quince años. Están buscando los teléfonos de tus compañeros. ¡qué gusto!. X. responde “sí. Muchas gracias. Tengo cita ya casi. Y se va).

F. y es también para celebrar el espíritu del ejercicio.

P. ¿de dónde a dónde caminan?

F. aquí está el planito. Mira..

ML. y también hay otras (caminatas). Ahí sí puedes participar.

D. ¿esto es lo que se recorre? ¿a dónde hay que llegar? Aquí está Viaducto-Tlalpan.

ML. es el parque de beisbol, ¿no?

F. no sé. Nunca he ido. Aquí está para llegar al Centro Social y Deportivo.

D. ¡ah! Ahí es la reunión, en Viaducto Tlalpan y Periférico. A mí me conviene mejor tomar el transporte que se va todo el circuito, Tlalpan y todo Tlalpan y entrar por ahí.

F. No sé ahora, pero algunas veces que yo los acompañaba a otras, les daban tarjetas con su número y rifan televisiones, despensas, refrigeradores y dicen que por Chapultepec está más grande y vamos a checar..

ML. aquí dice que depende del chequeo, te dan un color y el número de vueltas que le dan, depende de eso.

F. hay otras caminatas más por hacer. P ¿en qué te ocupas tú?

P. ¡ah! Estoy en una escuela de computación, en el área de promoción. Ahí trabaja mi esposa y como no he tenido mucho trabajo (hago planos de instalaciones eléctricas, hidráulicas), ha bajado mucho el trabajo, sólo me ocupo uno o dos días a la semana; a veces pasan quince días y no hay nada. Así nos pasa en cada cambio de gobierno. Hacen como los cortes y lo demás lo dejan a los nuevos. Y ella (su esposa) tiene promotores y volanteros a su cargo y como ella ahora está panzona (embarazada), se cansa más.

F. ¡ah bien! La pareja se ayuda.

ML. ¿ya cuánto lleva?

P. seis meses.

F. ¿y tú estás en casa?

P. sí.

F. ¿y trabajas?

P. ya no.

F. sin horario, ni calendario..

P. y ella va bien de la presión, de la glucosa, hasta la vacunaron contra el tétanos. Y creo que le dolió.

F. sí duele. A mí cuando me han tomado muestras de sangre, duele. ¿Tú, D, te inyectas insulina?

D. sí, dos veces sal día.

Delia. ¡buenos días!

F. ¡hola Delia, qué gusto verte!

D. y te va a avisar la aguja. Cuando sientas que no entra, te cambias el lugar para la aguja.

F. la Dra. Vi. Nos dijo que hay 366 lugares donde te puedes inyectar: en brazos, muslos, vientre, espalda, en lo gordito.

D. a un vecino se lo llevaron a hospitalizar en la mañana. Le están inyectando y tiene quince años, apenas va a la secundaria.

P. la juvenil, ¿no?

D. sí. Voy a verlo y lo hago repelar. Los mismos chamacos van a contarle chistes. ¿Qué pasó? Le digo. “Yo también estoy igual”. Entonces me agarró confianza y me estuvo contando que lo inyectan y no lo pueden controlar. (no se bajan sus niveles de glucosa). Ya estuvo en el Infantil (hospital). Se está fortaleciendo y le voy a comentar a ver si me lo llevo ese día (a la Caminata).

F. sí. Una chica nos dijo que nació con diabetes y ella es médico ahora. Ella no sabe de otra vida. Se embarazó y estuvo bien. Su niño está bien y tiene cuatro años. Su mamá la trató con mucho cuidado para que fuera lo más normal y no comiera nada que le hiciera daño y sí tenía coraje por lo que se privó. Ahora entiende que lo necesitaba así.

D. una señora cuando se embarazó sí tuvo problemas y ora sí que hay que estarla checando.

F. aquí en ginecología están quienes desarrollaron la diabetes gestacional. Mucho tiempo estuvimos trabajando con ellas. Una estaba ya quince días y estaba desesperada, porque le gustaba correr. Con ella le poníamos visualizaciones de que estaba con sus tenis y corría y al terminar, se quedaba sudorosa, y bien. Delia, ¿dónde estabas? Te nos habías hecho ojo de hormiga y eres una parte importante del grupo. Todos son importantes y cuando no llegan, se ve la silla vacía y los extrañamos.

D. yo iba a ir a un paseo ahí por Taxco. ¿conocen?

F. sí.

D. Hay un cerro, casi no se siente la diferencia del clima y a mí me agrada. Está en subidita, no está plano, como Taxco. Tiene sus arroyitos. Es la segunda vez que iba. Fuimos a una boda y se nos hizo tarde. Ahora íbamos a ir desde el viernes hasta ayer y casi por lo regular todos son parientes o conocidos.

F. ¿cómo se llama el lugar?

C. Tetitlan.

F. entonces llegas a Taxco y te sigues..

D. le rodea uno como si fuera a ir a Iguala o también por Toluca, pero es más vuelta. Nada más son las 2 únicas entradas.

F. está bien. Y el atractivo del pueblo es ¿que es callado?

D. casi sí. Mi vicio es viajar.

F. ¡ah! ¿sí? Has de conocer muchos lugares.

D. no tanto. Vamos a llano grande, a la mar, compran queso, nopales, chicharrón. Tengo mi estufa de gas, o luego mi esposa prepara comida.

F. ya respiras otro aire.

D. sí.

F. a veces hemos ido con el grupo a Xochimilco. Nos embarcamos en la trajinera. Pasamos al mercado. Una de ellas, de su bolsa sacó su molcajete y le digo “¡ay, Flora!” me dice “a donde sea, cargo mi molcajete”. Comimos tacos con su salsa. Compró chiles, jitomates y que se pone a hacer la salsa. Eramos como dieciocho personas.

D. pero ahorita como están las cosas, ya no me animo tanto a salir. Tiene uno que ir para allá donde está la familia entre Arcelia y Altamirano.

F. ¿por la costa grande?

D. no, aquí hace calor seco. En Acapulco es húmero. Aquí es seco. He andado en mayo, junio, con la camiseta toda sudada. Y ahí se toma cerveza, refresco nada, agua nada. Agua de limón, cebolla y chile se lo pican al agua. Es un suero que le quita la sed.

ML. eso es lo que venden luego. Los preparados.

F. bueno, en ese clima ya conocen como funciona uno, ¿verdad?.

D. y tomamos café caliente.

F. sí, caliente con caliente se combate. También en el frío, se toma paleta helada o descubriéndose los pies se llenan de calor.

D. pero el mezcal me causa una ola de calor.

F. (a una recién llegada, Eduviges) ¿ya llenaste tu cuestionario para la Caminata?

E. no, no sabía.

F. es el 29 de este mes. Para que les den todo lo que les dan, llenen el cuestionario y me lo dan para pasárselo a JG, porque es el que se encarga de esto.

De. Pero no puedo en sábado.

F. ¿no puedes ir?

De. No.

F. y el lema dice “menos plato, más zapato”. Que quiere decir, comer menos, moverse más.

(F. se acerca al pizarrón, donde una pantalla lo cubre. Trata de mover la pantalla. No puede, pide ayuda y Paco se acerca a moverla. El pizarrón queda libre. Mientras, ML ayuda a E a llenar el cuestionario porque E no lee y difícilmente escribe. F anota en el pizarrón: Reflexión. Meditación. Oración.

F. ¿alcanzan a ver? ¿qué les dicen estas palabras? Esto nos puede llevar a la relajación. Se supone que estas acciones se toman según cada uno. ¿Qué es reflexión? ¿Delia?

De. Pensar las cosas.

F. ajá.

M. (que llega con su tejido). Analizar.

F. sí, es tomar un momento para bajarle a las emociones, cuando estamos muy enojados o muy excitados. Sobre todo cuando hay algo importante que decidir: para ver que lo que me está pasando, cómo me impacta. ¿Meditar qué sería entonces?

(todos callan)

F. meditar es ponerse en total silencio. Y a veces confundimos meditar con orar: estoy hablándole a Dios o dejando salir lo que traigo dentro. Meditar es hacer silencio para escuchar a Dios. Las dos son con un fondo especial, de poner todo mi ser para poder meditar y orar. Algunas oraciones están aprendidas de memoria, como cuando estamos en un rosario para un enfermo y me salen en automático; y orar realmente es expresar lo que siento a una fuerza superior, que para cada quien es tan valiosa como otra. Hay quien lo hace a la naturaleza, un señor decía, “para mí es el átomo lo superior”. Y muchas veces buscamos protección, solución a nuestros problemas, ayuda, claridad y es válido porque a veces nos sentimos tan impotentes que buscamos ayuda contra la impotencia, paciencia. O para dar gracias, como dice la Cruz Roja “nadie es tan pobre para no dar gracias, ni tan rico para no agradecer”. A veces hacemos oración sólo para pedir, pero dar gracias es bien importante también. Alguien dice, “lo que pides es lo que no tienes” “dame algo, porque el pensamiento registra carencia”. Cuando damos gracias por algo, la mente trae abundancia. Gracias por el taco. Es como un juego de toma y daca. Yo doy gracias de corazón por lo que tengo, y hace un cambio en mi mente. Cuando aquí oímos gente que da gracias por tener diabetes, porque es una enfermedad que me permite vivir sin dolor. ¿Cómo das gracias por una pérdida de salud? Es muy

emocionante dar gracias de que no estoy peor, de que me puedo mover. ¿Vieron las olimpiadas de los paralímpicos?

P. yo ví los resultados, que en ellos hay más medallistas (mexicanos) que en los otros (los olímpicos).

F. este muchacho que no tiene pierna y se ganó oros. Sale feliz, agradeciendo. Yo pienso, “sí, me falta un brazo, pero a él le falta un brazo y dos piernas” Y está dedicado a superarse. Y el italiano que era corredor y perdió las dos piernas. ¡Qué voluntad, qué fuerza tiene el ser humano para vencer todos los obstáculos! Y a veces me derrumbo por un diente o una uña enterrada. Pero es la enjundia para combatir. O este chiquito del Teletón, con los pies descalzos teclea rapidísimo y juega fútbol. Tiene como catorce años y da gracias al Teletón porque lo han rehabilitado. El escribe con sus pies. ¿Cuál es el límite? No es físico. El que nos ponemos, es mental. “yo no puedo”. ¿por qué?

De. Por puro miedo.

F. sí. Y mejor bajarme de la silla y ver qué no puedo hacer. Entonces la diferencia es qué puedo hacer.

P. me tengo que ir, Gracias.

F. Sí. Si su vida no es de agradecimiento, nos ponemos en zonas de confort de víctimas en lugar de decir “esto está sucediendo pero lucho por mí.” Nací en una familia disfuncional, pues le sigo. Hay muchos ejemplos de personas que luchan: lanzan la bala, la jabalina, gente chiquita brincando. Entonces no hay límite para el potencial. El límite está en nuestra cabeza. Ahí nos quedamos atorados, como que no se vale.

ML. Y sobre todo la actitud. Se cae uno y le ayudan.

F. La solidaridad.

D. No le puse la fecha (a la solicitud de la caminata) ¿le pongo la de hoy?

ML. No, yo creo que es la fecha de la carrera.

E. ¿se queda uno con este papelito?

ML. Sí, porque tiene el número de folio. (contraseña para la caminata).

E. el otro día me hicieron estudios del cuerpo y de los pies., ese día.

F. ¡Ah, sí! El jueves vino JG a dejar los cuestionarios. ¿Cuál es tu zona de confort ML? Lo estamos trabajando como casi siempre, algo que no tomamos el reto. “Así me tocó”.

D. viene siendo como la conformidad, así estoy bien.

F. No, estoy de la fregada.

D. sí, como me duele esto y me aguanto, ¿no?

F. físicamente a veces el dolor nos mueve, y busco alivio. Pero hay incomodidad emocional y ahí me quedo. Me dijeron que soy fea. Es vencer memorias, creencias, traumas, temores. Como la mujer maltratada, “pues así ha sido”; la mujer engañada “sí, pero ya me pidió perdón”. La madre sufrida, porque es más cómodo estar ahí, que buscar un cambio.

R. jaja (una señor que teje, se ríe como si estuvieran hablando de su caso)

F. sí, aquí estoy en el hoyo, pero no hago nada para mejorar. Como la diabetes “no, pues así es,” y no vienen. Y no por venir aquí, pero no buscan ayuda ni un cambio. No nos estamos moviendo de silla en silla, no. ¡Ya hasta la calenté!

R. jajaja. Pues es que así yo me siento bien.

ML. no, lo peor es que ni nos sentimos bien.

F. es tener algo diferente.

D. desgraciadamente hay mucha gente así.

ML. todos somos así. Porque yo puedo estar bien en mi trabajo, pero no en relación a mi hijo.

F. por eso les pregunto ¿cuál es su zona de confort?

ML. Para mí el ejercicio. Necesito tomar un tiempo específico para eso. Mi zona de confort me dice “es que no tengo tiempo o tennis”.

D. o tengo flojera, aunque no se sienta uno cansado, lo decimos. O para levantarme, sí me levanto pero no para hacer ejercicio. Pero el chiste es hacerlo.

F. ¡cuántos cambios cuánticos cuando hay decisión de cambiar! Hay una pareja joven por el estado de México. El es obrero bien pagado y lo liquidaron de repente y con su liquidación dijo: “no, este dinero está bien guardado” Y quería conseguir otro trabajo y no conseguía. Y tenía un sobrino de su esposa, al que siempre le decían “ese bueno para nada, no quiso estudiar.” El sobrino tenía una camioneta de redilas y vendía fruta en las calles. Le dijo el sobrino, “órale, véngase conmigo a vender. Hay que gritar en cada calle”.

(Paco regresa).

P. dicen los doctores que se van a ir a una Jornada de Nutrición y que hoy no dan consulta.

F. Y el sobrino gritaba ofreciendo la fruta, y el desempleado pesaba el platillo. El sobrino le dijo “bueno, ahora vengo, hágase cargo”. Al verse solo, él empezó a decir bajito “compre su fruta”, y luego empezó a gritar; acabó vendiendo y de ahí agarró la decisión de dedicarse a vender y empezó a ir a Hidalgo a comprar barbacoa sábados y domingos y luego en su casa hizo el horno y él y su esposa pusieron un restaurancito; un hijo tiene uno y otro hijo otro y dijo “si no me hubiera decidido a gritar por la necesidad, no hubiera hecho eso”. Y ahora ya no quiere ser asalariado. Nos dijo “ahora soy empresario”.

R. es que gritar le daba pena..

F. sí. Y otro le empezó a vender a vecinos lo que traía de la Central de Abastos en un camioncito y llevaba pedidos surtidos y porque se tuvo que salir de su confort. Y eso es en la necesidad material, sobre todo los proveedores del hogar. Pero en la cuestión emocional, también nos quedamos estacionados en sufrimiento, en pena, en rencor. Una mujer con un mal en las rodillas vivía en dolor permanente. Cuando se animó y le operaron las dos rodillas, no sabía lo que era el “no dolor”. ¿cómo es vivir sin rencor, sin resentimiento? Porque a veces es como una segunda piel. ¿cómo será vivir sin quejarme? No porque no existan dolores o frustraciones, sino porque hacemos trabajo para echarlos fuera. “¿ Por qué se me va a olvidar lo que me hiciste?” ¿cuál es mi zona de confort? El resentimiento. “No te voy a olvidar hasta que te mueras, maldita sea.”

D. es que sí. Cuando hay resentimiento los olvida uno. Pero ya no cuando no es con la misma familia.

F. sí, pero es diferente cuando queda el recuerdo , por ejemplo, a los cuatro años te caíste y te rompiste un brazo. Te acuerdas, pero ya sin dolor. Pero hay gente que vibra en estarnos alimentando de puro odio.

D. si me hacen algo, su usted quiere por educación o por compromiso, les digo “buenos días” o “buenas tardes”, no lo agarro como para desquitarme, pero no dejo de acordarme o tener en cuenta que esa persona me hizo algo.

F. ¿y le deseo el mal?

D. ¡oh, no!, pero si veo que se va a caer, como si nada..

F. es tu autodefensa.

D. Sí. Y me voy.

F. te estás defendiendo: “tú me hiciste eso, te pago con indiferencia”.

D. sí, ya no existes. Como un vecino que me llevaba muy bien, cotorreaba en su tienda pero hubo envidias, celos. Va moviendo el carro, viene una moto y acelera. Pensaron que mi mejor lo había dejado ahí. El se baja del carro, “¡no, tranquilo” le digo. “Tenemos catorce años y no hemos tenido problemas, tranquilo es un malentendido. Mañana platicamos. ¿te parece?”. Ya reaccionaron que ellos cometieron el error, querían suavizar las cosas, y al otro día se les cayó..

F. sin involucrarte, pero no con esa frialdad de que “no eres nada”. ¿Y por acá, cómo andan de sus zonas de confort?

De. Yo creo que muchas veces nos quedamos ahí. Me cuesta trabajo moverme, me he quedado ahí. No trabajo el resentimiento. Me cuesta.

F. sí, es como una cama de clavos. Duele, pero no me muevo. Tal vez poco a poco y con buena intención. ¿y E.?

E. yo como usted lo ha dicho, mi cuñado no me habla, mejor retirarme de él. Voy y saludo. Mi hermanita le hace caso a todo lo que él diga, de todos mis hermanos me voy a retirar para evitar problemas.

F. y con tu familia, para no romper la relación familiar, salir de la zona de confort, “yo fui desde niña la que aguanté todo” mi zona de confort así ha sido siempre, me aguanto. No, es revalorarme y decir “no estoy de acuerdo con lo que ustedes dicen, mi ser vale tanto como ustedes. No soy su marioneta.” Es amarme tanto y ponerme frente a los demás así.

E. Así como usted dice, mi cuñado no quiso que mi hermana me ayudara con mi hermano. Hace un mes en San Luis, mi hermano estaba tirado en el piso y el doctor me dijo “te vas a dormir aquí en el consultorio”, por mi hermano. Le pedí a mi hermana que me llevara el desayuno. Y como había balaceras, ella solita reaccionó y dijo que no, por su marido que no la deja. Mi sobrino, ya tomadito, me dijo: “tía, la próxima no va a ir usted a la consulta. Cuando le toque a mi mamá, voy a ir yo en su lugar”. A mí no me cuesta trabajo porque es en la sierra, y me da gusto.

F. lo importante es que te rescates a ti misma.

E. sí, yo me manejo solita.

F. ¿y tú, R,?

R. Yo vivo solita.

F. ¿y cuál es tu zona de confort?

R. Pues siempre ando bien ocupada. Salgo y me voy a nadar de martes a viernes. Sábado y domingo, me voy con mi hijo.

D. ¿y dónde nada?

R. en la 23 del Seguro Social. Y orita me dieron mi pase y se tardó la consulta.

F. ¿y vas a nadar por rehabilitación?

R. sí, porque me quieren operar las rodillas y los tobillos y ya tengo como siete años que voy y nado porque me entretengo por mí misma. Los hijos ya se me fueron. Cuando tenía sólo dos me decían si recibo otros. Dije “no, así estoy bien”. Tengo treinta años de viuda. Dejé el puesto de braseros, de comales. Ya no se vendía y me decían mis hijos “no le voy a dejar perder el puesto”

F. bueno, no tienes mayor conflicto.

R. Ora hay quien me carga batas, brassieres, pero ya no tengo tiempo. Me desperté a las cinco y media y a las seis y media me paré, me bañé y saqué la basura.

F. ¿y vives bien? ¿no tienes temor?

R. No, al otro lado vive m’hijo pero luego ni nos vemos. Mejor la nuera va a visitarme. Otro hijo de Los Reyes, me dijo, ¿vas a estar?. Y fueron a visitarme. En la noche, cada quien a su casa.

F. bien. Y tu P, ¿tu zona de confort?

P. ¿cómo es?

F. donde estés estacionado. No es lo ideal, pero no haces el intento de salir. No es la felicidad, pero no hago por soltar como un odio, resentimiento, mal recuerdo.

P. orita más que nada estoy planeando todo esto. En el tiempo que tengo libre, estoy buscando nombres, en internet, el significado. Más que nada, planeando y sigo viviendo con mi suegra pero nada más llegamos a dormir. Pero estamos buscando una casa, lo del crédito del Infonavit. Yo vivo en Metepec, pero las casas que dan, estoy en el centro donde llegamos siempre, pero las casas que están entregando son una hora más. Estamos tratando de conseguir por ahí cerca. Básicamente orita que no tengo muchas cosas que hacer, me dedico a esto.

F. Muy bien. Hay una historia de un maestro que llega a un pueblo muy humilde. Una aldea, ni siquiera un pueblo. Le ofrecían lo que tenían. Dijeron los del pueblo “le damos leche y queso”. El maestro sale de madrugada y el aprendiz le dijo “pobre gente, ¿verdad?. Nada más tienen una vaca”. El dijo, “sí, pobre gente. Desbarranca la vaca”. -“¿cómo tú, que eres todo bondad, me pides esto?” - “sí, mata la vaca”. El aprendiz la mata y ocho meses después ven el pasto crecido, los niños corriendo en la aldea. “¡ay maestro, pase usted!” “Veo muchos cambios” dice el maestro, “¿Qué ha pasado?” -“pues la vaca se desbarrancó. Entonces la gente del pueblo nos regaló unas semillitas y las sembramos. Luego fuimos a vender la cosecha y nos dieron pollos a cambio”. Voltea el maestro y le dice al aprendiz “ya ves, por eso te pedí que mataras la vaca”. Y salieron de su zona de confort. La necesidad los movió y encontraron una nueva forma de vivir. En la aldea dijeron “gracias a que se murió la vaca, nos movimos a buscar otras cosas”, como esas parejas que vinieron.

ML. yo les voy a decir mi experiencia. Yo vivía en un lugar que cuando llegué era una colonia nueva. Al crecer los jóvenes, empezó no vandalismo, pero pleitos, corretizas, la patrulla, balazos a cierta hora, nos íbamos a dormir y chalalá. Aparte, la integración familiar no era buena; mi pareja tomaba bastante y en mí había adrenalina. Y yo decía, “a ver si va a llegar, como con quién, “ y me dormía en medio de balazos, a la orilla del D.F. Salgo de mi zona de confort, me desperté un día de repente y dije “no son balazos, son fuegos artificiales”. Estoy tranquila en un lugar donde otros viven con angustias. Gracias a que me salí, con lágrimas, con dificultades, con violencia intrafamiliar. Me acostumbré a esa situación por veinte años. Y uno se acostumbra y piensa que es normal pero no, hay cosas mejores. Ahora fui a una verbena, carnaval con mariachis y la banda y en esa casa daban de comer. Nos invitaron a comer y las señoras que se paran y tomaron la pistola y empezaron a disparar. Y dije “yo ya me voy a mi casa”. Son cosas que veo de lejos. Salí de mi zona de confort.

F. por eso esa frase de “mata la vaca”.

D. sí, y tenemos que buscar la solución.

F. y luego te encuentras un horizonte mejor. Ese es el llamado: “mata la vaca” y toma el riesgo de experimentar nuevos horizontes. Hay tiempo de una visualización.

ML. donde salimos de la zona de confort.

D. esa adrenalina de vivir con los balazos, uno se acostumbra.

De. A mí me pasó que veíamos el entorno y vivíamos como esos cuates. Me dan un poco de ganas de llorar por impotencia. Y pensé “yo ya no quiero vivir esta violencia”. Y pensé “ella quiere vivir así”. Pero yo, De. ya no quiero esa violencia. Va a ser difícil salir pero me doy cuenta por esto, si yo ya no lo quiere. No sé, es una decisión un poco difícil por lo que tengo que superar y me duele mucho ver que mi hermana está del otro lado, es su problema.

D. yo también tengo problemas con la familia, con mis hermanos, pero yo agarré la buena, levanté el negocio y me ayudé con la mano de X, para levantar su humilde casa. Si él no me hubiera ayudado a comprar mi carrito; tengo tres carros, no es presunción. Tengo una suburban 93 bien cuidadita, tengo una chiquita camioneta Nissan Estaquitas, sí se necesita. Para eso la tengo, para trabajar. Mis hermanos, uno trabaja en la fábrica: otros están de huevones, uno no quiere trabajar y es buen electricista, buen mecánico y apenas saca para comer. Conozco la forma de ser. A mí me dicen que soy esto, que soy lotro. Y yo les digo “ya me voy, tengo un compromiso”, para quitarme problemas.

F. Y siendo de la misma sangre no compartes ni los mismos planes, ni la misma historia. Decía un peón “los dedos de la mano no son iguales”, así los hijos, cada uno es diferente. ¿Por qué quiero que sean iguales? Mis hermanos los amo y son diferentes y si hay algo que no me gusta es de sus acciones o actitud. No comulgo con sus estilos y haces bien. Yo no quiero esto para mí. Sí los amo, consévalos a todos y lo que tú hagas para ti impacta en el medio ambiente. Esa será tu contribución al gremio familiar. Cuando estás bien, se nota tu camino de armonía.

ML. porque el amor no está puesto en juego. Yo amo la parte interna divina de la gente, pero lo que hace, no siempre. Es la parte esencial del ser humano. Amas lo interno pero no siempre cómo se comporta. Es la diferencia (sic) cuando tienes tus hijos los amas, pero no siempre te gusta lo que hacen. Eso es uno de los grandes avances del ser humano. Entender que somos tanto lo malo como lo bueno, y que la contraparte también acepta la parte buena, capoteando lo malo. El otro hace cosas sin quererme ofender.

F. y ahí usemos el criterio porque a veces hay actos muy perjudiciales. Tengo parte de la respuesta pero no la totalidad. Entonces es descubrir qué quiero para mí. Y qué bueno que está P. aquí porque va a entrar en una etapa que le va a durar toda la vida (ser padre primerizo).

D. yo lo que les digo es que traten de disfrutar a sus hijos. Yo desde que me casé me salía a las siete de la mañana y regresaba a las nueve-diez de la noche, de lunes a sábado y a veces los domingos. Así que traten de disfrutar a sus hijos.

F. por eso dicen que prefieren tener nietos, que hijos.

D. sí, porque uno no sabe lo importante de convivir con los hijos, por la economía.

F. pero tu caso es como el de la mayoría de los padres porque por responsabilidad se dedican a trabajar y es lo que se necesitaba.

D. precisamente. Pero cuando puedas, estáte con los niños. Cuando tengo tiempito, estoy en la casa aprendiendo computación y con mi nieta que ya le salieron los dos dientitos de abajo y está muy grandota.

F. Y que tenga el estímulo de ustedes.

D. y a la niña de siete meses le dicen “ya llegó el abuelito” y me busca más a mí que a su papá. Pero si es un consejo malo, no sé como le llegue.

P. Si la pregunta. Yo sólo estudié la vocacional. La uno pero no terminé porque dos cursos de matemáticas no pasé y dejé de ir. Eran dos matemáticas y química y dije “ya no voy”. La verdad es que en mi caso, no hay problema, la verdad es que fue por flojo y no quise regresar a la escuela. Me gusta mucho la ingeniería, la construcción siempre fue por decisión mía que no regresé a la escuela. Terminé el bachillerato por Ceneval y ahorita que ya lo tengo estoy buscando escuelas pero para lo que a mí me gusta, es ingeniería y no hay escuelas abiertas. Pues ahorita ya lo decidí, ir a una escuela abierta de la UNAM, a contaduría.

F. ¿te gusta?

P. lo que me llamó la atención es que es únicamente los sábados. Tengo que dejar la carrera que a mí me gusta para hacer eso, para tener un trabajo más fijo y si hay oportunidad de seguir estudiando, dejarlo. Porque lo que sé hacer, para hacer otra cosa que no estaba en mis planes.

F. y esto es también ajustarte a tus cambios y que cuando tu niño tenga cinco años ya te estas graduando.

D. Yo sólo estudié hasta la secundaria y luego hice un curso de plomería, electricidad, refrigeración, de oxiacetileno por parte del trabajo, luego me mandaron a INFRA a un curso de soldadura de arco de oxiacetileno, a refrigeración y aire acondicionado. A mí me enseñaron para dar mantenimiento de equipo de hospital, para darles aire con tubos de aquí, a la pared.

F. yo he visto, quiero recordar dónde, a nivel de diplomados para la construcción y me llamó la atención..

P. hay para ser topógrafo pero salen mucho porque es para hacer carreteras y sé un poco de eso, pero salen mucho.

F. ¿y en Cecyt o Conacyt?

P. ya ví uno de la Cámara de la Industria de la Construcción, pero es para llevar la administración.

F. Bueno, tu plan es bueno, se te van abriendo espacios.

P. y voy a hacer mi comercial. Mi esposa trabaja en el área de promoción de una escuela del centro. Los preparan para el Ceneval, para computación..

D. yo voy a hacer la cita.

P. y es para adultos, para aprender computación.

D. hablé, pero me dieron cita para el sábado.

P. es contraesquina del eje central e Independencia.

ML. ¿nos das el nombre de tu esposa?

F. ¡qué bien! ¡vámonos a clase!

SESION 2/10/2012.

Facilitadora y Elisa platican sobre rutas de transporte en la ciudad de México.

E. voy a la clínica por Ermita, pero el sábado fue mi hija Elena y ella ya había usado la línea 12 del metro. Dice mi mamá que horrible porque hicieron ese traslado y tuvieron que caminar mucho. Y todavía se ven las cajas de material. Bueno. Pues son otras gigantes. Me acuerdo cuando se inauguró la línea primera.

Dra. ¡qué solitas!

F. estamos solitas después del festejo. ¿Cómo está?

Dra. Achacosa. Con la hernia.

F. a ver hasta cuándo le llega el momento de decidirse. No le urge.

Dra. A veces no sé ni qué me duele. La sentía aquí. Creo que tengo adherencias. No me la sacaron, la dejaron. Entonces eso, quiera que no se formen bridas y era un dolor que todo el mundo me decía no te pares! Ay, F, no me volvía loca nomás por que...

F. del dolor tan intenso.

Dra. Sí. Fui con , no sé, conocidos y no conocidos y yo les decía la materia fecal, cuando llega aquí, empieza a dar molestias. Y llegué con el doctor Rosas, médico internista que desgraciadamente ya se fue del hospital y viene a Congresos. Fue el único que me creyó que yo podía sentir eso y en colposcopias se veía que baja y aquí no, baja el intestino y luego de aquí sube y luego baja y ese es mi miedo por el cual no me decido a operarme porque el médico no toma en cuenta lo que yo le digo y empecé, “¿quién me opera? . Pero ponerme malla y no quiero malla porque en la colposcopia se veía.. Pero con esos antecedentes, conociendo mis molestias y que no me hagan mucho caso.. le dije al Doctor, “pero no quiero malla” , y me dijo “le hacemos la tradicional” y yo no tengo nada de músculo porque no hacía ejercicio. Y a mi edad no creo que me vaya a poner a cargar cosas. Pero mi temor es si a la hora de abrir ve otra cosa , y no me van a estar haciendo caso. Si me quita 20 metros de intestino y me deja 10..

F. yo creo que a un médico le es más impactante los asuntos de salud propios porque sabe qué le van a hacer, qué tiene y todo y ¿eso es por la hernia?

Dra. Yo siento que tengo algo jalado.

F. ¡hola, R.! ¿Cómo estás?

R. aquí, quejándonos de nuestras penas.

F. ¿no que te ibas a internar?

R. no, después de cuatro meses.. es análisis de torrente sanguíneo.

F. sí, pues.. ¿qué pasó con tu prótesis?

R. ya me la van a dar. Es que piso del lado y me mandan hacer esto.

F. esta no te la dieron.

R. Fueron 17 mil pesos. La pagó la Cofidel de migrantes, una señora del Movimiento Ciudadano me dijo que me ayudaba. Pero me pidieron papeles de hacienda y muchos más papeles. Se lo llevé todo a mediados de marzo y en julio ya estaba. Yo estaba internado y llegó mi hermano dos días antes y me dijo: “necesito una carta del doctor para que te den el cheque.” Y mi hermano lo quería hacer negociable y llevárselo y gastárselo. Le dijeron que no era negociable y se enojó. Y era como una comedia, él decía: “ Ahí donde yo vivo, no es que yo gaste mucho dinero pero cuando estuvo internado R me gasté mucho y me dejó sin dinero”. Dijo que se gastó mucho dinero cuando yo estuve internado y no era cierto. Estuvo de chillón.

F. ¿cómo te sostienes, R?

R. Todo lo que tengo yo lo he hecho. Le pido dinero al gobierno del D.F. y a una asociación civil. Y vivo en casa de mis padres porque está intestada y como todos tienen casa.. Nomás vive un hermano ahí conmigo. Un día vino con una psicóloga del cirujano plástico. Ahí tengo apuntado el nombre. Y mi hermano la convenció, le dijo que yo me ocasiono todas las heridas que tengo, ¡sí, cómo no!..

F. el chiste es que estás saliendo adelante

R. sí, ya no tardan en ponerme la prótesis. Me tomaron el molde pero me quedó flojo. Me dijo “Síguele y el siguiente lunes te tomo el molde y con ese material te la hago y en quince días ya la tienes”

F. ¿y hasta dónde vas a que te hagan eso?

R. A Motolinía. El muchacho de aquí me dijo que con eso me cobraba treinta y tres mil pesos y me dijo “Te doy la factura, me das el cheque y nos vamos a mitas”. Le dije que no. Luego me habló la señorita y le dije “¿cómo le hacemos?” -“Vaya y pague”. Pero “Vaya y pague”. Pero ya quisiéramos..

F. todo mundo se aprovecha.. ¿verdad?

R. Iba a sacar lo de la factura como dos mil pesos y la mitad y a mí me iba a quedar nada.

F. no te prestes a esas movidas chuecas.

R. naaaaaa!

F. ¡hola, G!

G. había una cola horrible (para entrar al hospital). Ya estaba intolerándome..

R. Yo como me meto por la otra entrada... (en el hospital existe una entrada para enfermos) Debía de traer su bastoncito..

G. ¡no, no hay que invocar!

F. así que estás esperando con ansiedad la prótesis.

R. y tuve una, pero se me rompió.

F. ya te quiero ver caminar, como ese día que llegaste con muletas. Y estos cuatro meses que estuviste internado, ¿cómo te fue?

R. Me hicieron cinco lavados y tres operaciones. Me abrieron la nalga y toda la pierna y me sacaron del músculo para poder cerrar el hoyo del hueso.

F. ¿de qué se te hizo?

R. por quemadura.

G. y tu pierna, ¿por qué la perdiste?

R. dicen que tengo el virus en la sangre. Pero pagué mucho por la prótesis y la atención.

Dra. ¿tienes tu clasificación? (del estudio socioeconómico)

R. sí, tengo la letra E, pero me salió muy caro.

G. en otro lado no creo que te salga más barato.

R. me atendieron en el Gregorio Salas.

F. Dra, ¿la estoliomelitis por qué se produce?

Dra. Es una bacteria que se localiza en el hueso o también se puede adquirir en una intervención quirúrgica.

R. es que en un quirófano me iban a operar y el quirófano estaba infectado.

F. ¿de qué te estaba operando?

R. de ...

F. ¿cuánto hace de eso?

R. más de diez años. Y de ahí me operó el doctor S. y le siguieron y le siguieron.

F. ¿te checan de vez en cuando?

R. pos los cuatro meses aquí, por eso me taparon el hueso.

F. ¿y no hay antibiótico capaz de enfrentar eso?

Dra. Es muy resistente..

R. me mandaron una inyección de 179 y la otra de 210. Namás compré la primera. Me mandaron 10 y me puse 5.

Dra. Eso es muy malo porque se hace resistente el agente de la infección.

R. es que el otro doctor me dijo que no me ponga nada hasta que salgan los resultados.

F. oye, R. y ¿cómo le haces para vivir con todo lo que te pasa? ¿cómo te animas a ti mismo?

R. pues así.. yo la llevo solo.

F. ¿de dónde agarras fuerza pasa salir adelante?

R. la verdad, no sé.

F. ¿a quién te encomiendas?

R. a Dios.

F. ¿rezas?

R. en la noche.

M. ¿vas a la iglesia?

R. no.

N. ¿y en tu familia tú eres el único con problemas de salud?

R. No, tengo un hermano que tiene polio y vive en San Luis. Somos 8 y tengo dos hermanos más chicos que yo.

M. ¿y tus papás ya no viven?

R. no.

M. ¿te cuidaban?

R. no. Tengo espina bífida. Me ponían una joda por andar de vago. Hasta los vecinos llegaban y le decían (a mi papá) . El decía "es mi hijo y yo me lo puedo hasta comer cuando quiera". Pero yo no estoy mal de la cabeza, ni nada. Un anesthesiólogo le dijo al doctor que si tenía una

válvula en la cabeza y me hizo estudios y le dijo que no; que a mí me la quitaron, porque a algunos les crece la cabeza. Yo jugaba fútbol, de todo.

Dra. ¿Los pies torcidos los tuviste siempre?

R. no, cuando tenía diez años y por lo mismo, por la operación.

Dra. ¿a qué edad te operaron por primera vez?

R. a los veinte días de nacido.

F. ¿y qué hacen en la operación, Doctora?

Dra. Tratan, tratan de cerrar y luego lo operaron y hubo problemas del pie.

R. a los diez años porque me operaron por primera vez en enero de 1979.

Dra. ¿no te acuerdas de niño si los tenías bien?

R. No, me caí ya de grande a los 10, 11 años. Mi mamá se cayó embarazada. Iba a l mercado y a la vuelta estaba una cantina y se cayó y se golpeó.

G. ¿pero sí es por una caída o es genético?

Dra. Es genético.

M. pero tu decías que naciste con un tumor.

R. una bola en la espalda. Pero aquí sigo. La doctora hace 5 años me dijo que me iba a morir y aquí sigo. Un doctor que me dijo, ya se murió también.

L. ¿y fuiste a la escuela?

R. hasta sexto año. Me corrieron cuando tenía 16 años.

F. ¿por latoso?

R. por todo. Luego los maestros se pasaban de lanza. Me dieron una cachetada. El maestro, como tomaba, a todos los alumnos les pegaba. Aventaba los zapatos a los chamacos que estaban parados. Y yo trabajaba en un puesto.

L. ¿ya te jubilaste?

R. No. Voy a poner otro puesto en donde me dejen. Tenía uno en el centro, pero ya están quitando todos los policías. Ya los iban a quitar y no los quitan porque les dan una lana.

F. Sí, a mí me pasó que yo estaba en Moneda y de repente se oyó un chiflido y todos los comerciantes se desaparecieron. Y pasó la patrulla con uniformados y no se acababa de desaparecer, y se vuelven a poner los puestos ambulantes. Me parece que por eso tienen sus claves.

R. Hay radio para comunicarse.

F. pero qué hábiles son. De repente ya no los ves. Pero en cuanto pasa la policía se vuelven a poner.

L. yo pasé por ahí porque iba al Arzobispado. El programa del Arzobispado (conciertos) está padre.

F. Sí, yo fui a un concierto con canciones de 1900. Mi tía cantaba esas canciones. Estuvo muy bonito y yo iba al Arzobispado.

G. también en el museo de la vuelta, hay actividades muy buenas para los domingos.

F. y todo es entrada libre.

G. sí, y el programa está padre.

L. ¿en qué estación del metro ves ese programa? Porque en el mío, no hay.

G. ahí en el metro Zapata o en Internet.

M. porque A. me la encontré, que viene en jueves. Ella traía un catálogo del centro con todos los eventos. También hay un módulo de información en Bellas Artes.

G. sí, porque en “tiempo libre”, no siempre sale. Son programas muy buenos.

L. y no son tarde.

F. sí, a las 6 y veo a mucha gente joven.

G. porque este sábado fue terrible.

F. pues ¿qué más nos dices, R? ¿cómo ves tu futuro?

R. el futuro quién sabe. Veo el presente. No sé qué va a pasar mañana.

F. ¿qué te gustaría que pasara?

R. Luego ni pasa nada y nomás espantan a la gente. (por el “fin del mundo” en 2012).

F. creo que no pasa nada dramático, pero sí un cambio de conciencia. No hay que perder la esperanza, más allá de los programas de los políticos..

R. ay, y ellos se quejan de que no tienen dinero...

Dra. Va uno al mercado y nos damos cuenta cómo aumentan los precios.

F. yo me conflictúo mucho cuando veo las estadísticas. Cuarenta millones en extrema pobreza y cuando veo las casas supuestamente muy proletarias y veo teles y coches.. sí pueden alimentar al coche.

R. yo veo hasta que no tienen para comer, pero tienen perro.

F. a mí me cuesta mucho trabajo ubicar qué es la extrema pobreza o ver gente muy desarrapada pero que no quieren trabajar. Allá por mi rumbo andan personas pidiendo ayuda pero les ofrecemos trabajo y no quieren.

G. en el campo llega a ver gente muy, muy necesitada. Mi hermana va en campamentos médicos de la iglesia.

F. mira, mi nieto va en misiones y van cargando despensas y seis horas caminando después de donde los deja el camión y comen rete bien. Si acepto que a veces hay gente que no tiene qué comer. Pero 40 millones de pobreza extrema si somos en el país 120 millones.. que no tiene qué comer...

G. pero el asunto peor es la apropiación de los narcos. A la madre superiora de un convento en Michoacán ya las fueron a extorsionar. El convento es muy grande pero nada más vivían tres. A ellas las respetan pero el pueblo es de retenes de narcos, aunque los ven en misas. En el retén, si son las madres, pasan. Al restaurant llegan y les dice la del restaurant “¡váyanse ya antes de que lleguen los narcos!”. Les piden dinero hasta para que dejen cortar los aguacates.

F. sí, pero yo me refería a los 40 millones que no comen. Aquí era muy barato (el aguacate), hasta que lo aceptaron en Estados Unidos, es cuestión de la oferta y la demanda.

G. Pues sí, ahí por lo menos las monjas siempre las tienen en oración.

F. aquí estuvo viniendo una monja y el martes me la encontré y me dice que tienen su casa allá por Ecatepec y hasta me invitó a irme con ella. Son contemplativas de 24 horas siempre en oración. Yo he oído del beneficio que genera la oración; por ello sigamos orando por la humanidad. Y le digo, no, mbre, no me van a recibir en ningún lado, y me dice una señora cuya hija es la directora de un convento por Tlalpan, sí, que sean viudas para que se adapten. Y si tú te adaptas, sí te reciben. “Ven a visitarnos”, le digo “no, me da miedo quedarme”. Me decía sor Francisca que me invitaba.

G. ¿por qué tenías miedo de no salir?

F. no sé cuál era mi miedo.

G. yo estuve un año de ser monja. Pero no me convenció. Jaja. (todos ríen).

L. ¿por los votos de obediencia, pobreza y castidad?

G. yo entré porque quería buscar orden en mi vida. A lo mejor no era mi tiempo. Tenía como 18 años. Mi compañera sí se quedó. Eramos quince y ella sí se quedó. Desde siempre el asunto de la disciplina me costaba. Yo le decía, “tú hazlo por mí y yo ahí te paso”. Era de las de la escuela Motolinía y ellos atienden cuestiones académicas. Mi amiga se quedó muy convencida porque era su única opción de estudiar. Yo les daba una lana y de ahí aprendí francés.

F. una compañera de la universidad iberoamericana y en un diplomado coincidimos. Ella era de una orden, directora de una prepa, venía de Morelia y sus papás no la podían mantener y a ella la recibieron de seis años y se quedó de monja pero yo siento que no era su vocación y me contaba que en los conventos, igual que afuera, tienen intrigas, envidias, chismes y varias de sus compañeras llegaban con cáncer de mama y ella tenía úlcera, gastritis, taquicardias por pura represión, viven tan reprimidas. En el curso teníamos momentos de terapia y le pedían que expresara lo que traía y no podía y nunca pudo. Y sí ha de tener sus momentos gloriosos, pero yo pienso que en mi caso, no sé cómo sería.

G. nosotros vivíamos en una casa en Tlalpan. Ese fue mi proceso y me sirvió. Ahorita que mencionas el cáncer de mama, es el mes y hubo un especial que dice que uno tiene cáncer siempre y nuestro cuerpo se defiende y cuando el sistema inmunológico falla, nos diagnostican.

F. y yo me encontré en la televisión, que acaban de encontrar un antídoto para el cáncer en los escorpiones, Dra. Y que del veneno sacan una sustancia muy efectiva.

E. esa es la quimio, ¿no?

Dra. En eso de la mama, pasan las fases pero de 35 a 45 mil pesos y son la...

F. Dra, ¿y eso del factor de transferencia?

Dra. No es viejo, pero no es nuevo. Me tocó empezar a estudiarlo con una doctora muy linda, iba al Centro Médico para procesarlo y eso estimula el sistema inmunológico.

M. fíjense que a mi prima la operaron porque le salió una bola en el cuello

Dra.¿ En la tiroides?

M. no

Dra. ¿un ganglio?

M. sí, pero como una canica. Un médico le dijo que era como una contractura. Pero era cáncer y ahora, con el factor de transferencia se ha sentido mucho mejor.

G. yo sé de dos casos similares. A la mamá de un compañero se le declara cáncer y está en proceso de quimioterapia. Otro lleva cinco años tomando y con cáncer y no se muere.

M. a veces es curioso porque mi prima va mejor y mejor se murió primero su marido por complicaciones de la diabetes. Le dio pie diabético, neuropatía, los riñones y todo. Le vieron tan hinchado que hasta las uñas tenía negras, el pie caliente, le dolía. Lo internaron en el hospital y a los 10 días se murió. Ya lo estaban preparando para la amputación y lo querían dializar.

Dra. Por eso es importante que los pacientes se traten y sobre todo, que se prevenga el padecimiento. A veces el diagnóstico es complicado, sobre todo en el caso de la diabetes

M. ácida.

Dra. Insípida.

G. ahora en Discovery Channel, hay un programa de enfermedades raras, del quirófano. Un enfermo se desmaya y le abren sin asepsia. El doctor mete la mano y empieza a pulsar el corazón con la mano tres horas y tuvo un final feliz. Y en la ambulancia y todo, el doctor pulsándole y a otro, se le metió el insecto al oído y le punzaba el tímpano y estaba paralizado por su miedo a los insectos. Lo iban a mandar al psiquiatra. Pero la enfermera vió la cucaracha, que era su peor miedo y se le hizo realidad y gritaba como psicótico.

F. casos curiosos.

Dra. La vida es a veces rara. Yo creo que hoy vino poca gente por el dos de octubre.

F. sí.

R. yo estaba cuando en el centro pusieron bardas. Van a ir a robar al centro los de las manifestaciones y por eso los comercios ya están cerrando.

sF. esto de que incendiaron el Palacio Municipal en Chiapas y sacan las imágenes de la gente que se va robar todo. Entran y despojan..

R. ahí van a empezar a cerrar las tiendas ya como a las doce del día.

Dra. Pero la gente de todos modos va.

G. donde fue el martes fue una protesta en Congreso de la Unión, cerca del mercado Soto.

F. y lo peor es que no es gente campesina, son puros acarreados.

Dra. No, pues hay un señor que corre con el agua.

F. ¿no vió del señor que cayó en una coladera, se hundió y no lo volvieron a ver, se ahogó y a los cuatro o cinco días lo rescataron?

Dra. En la ciudad pasan cosas sorprendentes..

G. en Irán se roban todo pero no las alfombras, lo consideran como el piso. Y hay alfombras excepcionales.

F. No se las pudieron jalar....

G. ahora no sé si han oído hablar de la mezquita más grande del mundo en los Emiratos Arabes. Tienen luces que cambian con las horas del día y con la luna.

F. ahí es donde dices, "¡cuánta riqueza hay en el mundo!".

Dra. Nada más hay que repartirla, porque está mal repartida. Bueno, yo me voy.

F. pues yo también. ¿vienen los médicos?

G. No, los jueves.

F. antes era, martes y jueves.

Dra. Estuve muy contenta (en el aniversario).

F. estuvo muy bonito, ¿verdad?

G. yo les enseño estas fotos, antes de irnos. (fotos de su hijo y marido, quienes participaron en una carrera en las barrancas del cobre y en el Iztaccíhuatl).

SESION 27/XI/2012.

X. ¡buenos días!. Me sentí fantástico con esa plática que oí. Como que se me abrió el cielo. ¡Cómo no pregunté dónde puedo tener información escrita!

F. Te voy a traer un tríptico con más información.

ML. Ella (la persona que dio la plática) dio un tríptico.

X. Yo estaba juntito a ella porque como no veo bien..

ML. ¡ah, no! Estoy mintiendo, porque como dieron plática de diálisis peritoneal, porque fueron las enfermeras.

F. Yo te lo traigo. Tu nombre es..

X. X y me quedé impresionada porque todo eso ya lo tengo. Los doctores te sacan así, rápido (de la consulta). Te dicen que no tienes nada. "Oiga, doctor, pero los análisis"... Vengo de Baja California. Allá ya me desahuciaron por completo. Me dijo el doctor "ya te están cobrando la factura". Desde que me dijo que era diabetes no sentí el miedo a la precaución. Como no me sentía mal... Con los análisis de sangre me decían que 150, que 200.

F. la llaman diabetes benigna, porque no duele pero también la llaman "la traicionera" porque te va dañando.

X. Pues así lo siento. ¡Qué lástima que aunque uno está en constante contacto con el doctor.!. porque yo tenía una amiga que era química. Y me decía, "como que estás tirando muchas proteínas" y el doctor no me decía nada.

F. Pero si no es especialista... el nefrólogo, el de medicina interna tenía que haber investigado o mandarte con un especialista.

X. en 1999 me dio un coma (diabético) de muerte. Me dijeron que era un milagro que estuviera viva.

F. ¿se te subió o bajó el azúcar?

X. se me subió. Te deshidratas y vomitas. Estuve un mes en el hospital y la endocrinóloga me dijo "regrésate". Y el especialista te pone verde por desobediente. "Oiga, doctor pero.." -"no, no, es que tú eres así". Y así me mantuvieron años y años y la endocrinóloga...

F. es que lo que falta es dar conocimiento para que sepas cómo cuidarte y que no se convierta en daño.

ML. pláticas profesionales.

S. se hace hincapié en que hagas ejercicio y no tengas sobrepeso.

X. yo le dije a mi marido “de la que te perdiste”. Me hacen endoscopia y mi marido me acompañó pero me dijo “ahora ve tú”. Ya tengo nueve años de viuda y esta persona la tengo (una nueva pareja) desde hace dos años y fíjese que mi marido era sano. La enferma era yo pero mi marido un día se quejó de dolor de estómago y se quejó quince días. Fue al doctor a Medicina General, le hicieron análisis y el internista le descubrió algo, le mando una tomografía y le dan cita dentro de un mes. En tres meses se murió. Tenía cáncer en el páncreas y la enferma era yo.

L. cuando ya es notorio, con esos síntomas se van rapidísimo.

C. ¿no se puso amarillo?

X. no, no tenía síntomas. Estaba normal. Y el especialista, el oncólogo.. yo me quedé en la tiendita y le dijo que no tenía síntomas de cáncer. El murió así de rápido, como que había adelgazado es que a él le gustaba tomar, pero decía que era borracho de buró. Su vino sí, era del diario.

L. ¿tinto?

X. no, brandy. Se echaba más del cuarto de litro diario y fumaba. No estaba tan viejo, de 55 años. Los más sanos se van y la enferma era yo.

D. es que una cosa es el enfermo crónico y otra los agudos. ¡qué bien que se consiguió otro! (hombre).

X. Sí. Yo estudiaba inglés, computación. Y cumplió quince años una amiguita de mi hija y ahí nos conocimos (la nueva pareja y ella). El venía de México. Mi hija trabajaba en Aguaprieta y yo andaba bien contenta por muchos lugares. Y ahí ando con mi viejito. Yo estaba en Tecate.

N. ¿por dónde está Tecate?

X. Tecate es entre México y Tijuana, pasan la Rumorosa y te sigues por Tijuana.

F. ¿cuánto hace que te viniste?

X. andaba yendo y viniendo. Como que iba y venía para no perder mi servicio de medicina y el doctor me dijo “¿por qué no te cambias para México?”. Y le dije, “lo voy a pensar”. Llevo tres meses. Allá mi hija la más chica es treintañera.

S. pero tienes casa para ir de vacaciones.

F. y una vida muy variada.

X. sí, yo dondequiera me siento bien. Mi mamá me mandaba a cuidar escuincles porque mi hermana es más grande y nosotros íbamos a verla cada vez que se aliviaba. Así conocí Tecate. Me fui a trabajar allá y me regresé y me casé aquí. Mi esposo era de la ESIA, ingeniería y trabajaba en una dependencia del gobierno. Andaba en muchos lugares. Luego vivimos 6 años en Oaxaca y luego

a Tecate. Mi marido murió hace 10 años, en el 2003. Como que él se enfermaba sólo de gripa y yo sí, me hospitalizaba porque se me descompensaba el azúcar.

N. ya es como el cliente obligado.

X, así me la pasé y él acá, muy sano y quién iba a decir, ni se imaginaba.

F. sí, así pasa. Yo conocí a L, la conocí bien a ella y a su esposo, Don P, de por Ecatepec. Ella recibió una descarga eléctrica y no tenía fuerza en sus manos. Y don Pepe decía “no tiene nada”. Yo le decía “ella está bien cuidada, pero tiene diabetes.” L. vino mucho tiempo al grupo y dejó de venir porque ya le da mucho trabajo moverse. Un día don P. estaba sintiéndose mal y le dio leucemia. Dos de sus hermanos ya se habían muerto de leucemia. Vino y dijo, “necesito aliento”. Ya le habían diagnosticado leucemia. Y L. enferma, enferma y ahí anda. Ella se cayó y se fracturó un brazo. Y uno de sus hijos se la llevó a Otumba y le platicó a una vecina de sus ejercicios de relajación. Al rato tenía un grupo de 20 vecinas que iban todos los días para que les enseñaran a relajarse. Me hablaba por teléfono y decía “ahora ¿qué les digo? Ya tuve 13 personas, ya tuve 17 personas.” Y todos los días les daba sus ejercicios y por eso el marido no le creía que estaba enferma.

X. así mi marido. Desde muy recientemente que fue diabética, me dieron insulina. No te la van a estar dando nomás así. En el 99 tuve mi coma y bajé 15 kilos en un mes. Me quedó la neuropatía y eran dolores espantosos. No me podía ni subir a la cama, haz de cuenta un diente cuando te está entrando el aire, así. Así me dijo la endocrinóloga, “te duele porque haz de cuenta que se te están pelando los nervios”. Había veces que se me retiraba y me regresaba con el enfriamiento. Te empezaban a doler los brazos. Y llegué a estar en tratamiento un mes con un catéter.

L. ¿y cómo se te quitó eso?

X. se quita y como que viene por temporadas.

F. en Rehabilitación Física. Varios de nuestros pacientes han estado ahí, Te digo que Alvaro llegó arrastrando los pies con unas pantuflitas de franela y lo mandaron a Rehabilitación. Tenía como 50 o 60 años y perdió su trabajo. Cuando regresó aquí, venía de traje, con zapatos duros y recuperó su trabajo. Les dan baños de cera y los meten en agua caliente, como parte del tratamiento.

X. Yo sé que pasé ese túnel de puro dolor. Iba con otra doctora que me mandaba y me dijo: “no necesitas decirme, nomás con ver el color de tu piel sé que tienes mucho dolor”.

F. aquí hay una Clínica de Dolor.

X. me empezó a doler el codo y hasta las uñas me dolió. Fui con el Dr. Simi y me mandó diclofenaco y todo lo que estaba oyendo aquí, me pasó. Ya me apareció anemia. Pero una doctora de Medicina General me dijo que no me ponga hielo.

F. ¿con quién te estás atendiendo aquí?

X. con el doctor V.

F. pide una interconsulta para endocrinología. El ya sabe de todos tus antecedentes, te hizo tu historia clínica.

X. apenas lo he visto dos veces porque tengo gastritis, una piedra y me mandó con el gastro. Le dije que tengo mucho asco y vomito a veces pura espuma pero me digo "conmigo ni venga". Bueno, ya me mandó con un endocrinólogo pero tengo cita hasta el 20 de diciembre.

N. ¿y con la Doctora G no habló? (ella les dio una plática)

X. es que la ví ocupada con otras personas.

C. Es que en tu caso no sólo necesitas endocrinólogo sino nefrólogo.

X. cuando estoy en el solazo hasta sudo. Me dio hipotiroidismo y neuropatía, me quedó de por vida después del coma. Tengo problemas de retinopatía porque se me vino un coágulo y ya no veía. Pero nomás me pusieron un parche y láser dos veces. Luego se me disipó un poco el coágulo y no me podía acostar, me decían "tienes que dormir sentada, porque tu problema es como el agua de tamarindo". Ahora tengo líquido en este ojo.

F. a mí me gustaría que te afiliaras aquí a todas las especialidades. En el departamento de Oftalmología está el Dr. H. y la Dra G. es nefróloga. Y la Dra. V, endocrinóloga es muy buena y viene el jueves y si no, con la Dra. Vi. para que veas al nefrólogo. Es que tienes para darle trabajo a todos los médicos.

X. es que el doctor me dijo "usted está pagando su factura".

F. bueno, es un modo de hablar.

ML. no deje de venir el jueves.

X. sí, ya le dije a mi marido, "tengo que ir el jueves"-

F. hoy es una plática exclusiva para usted.

ML. está bien que venga, este programa termina el cierre del último periodo del año pero todavía vamos a estar dos semanas de diciembre.

X. sabe, que el problema es que mi hija va a parir a principios de año. Tengo tres hijas y un hijo y ella es la única que tiene hijos, éste es el quinto que se le escapó. Según ella, se iba a operar después del cuarto. Los que pagan el pato son los que le ayudamos. Pero ni modo que no la ayude. Ella vive del otro lado. Pero hay que cuidar a los otros niños y a ella porque se va a operar. Así que hay mucha chamba.

F. pero ésta es una oportunidad de ir a pasar un buen rato con tu hija y nietos y que ello sea una motivación y para llevar un buen ánimo.

G. es como la aventura de dos amigos que se van a trepar una montaña. Es un caso real, a su amigo se le cae una roca, se le necropsan los pies y le cortan las piernas. Pero se puso a entrenar y ahora sube el Kilimanjaro y sin prótesis en las rodillas. ¡asombroso!.

F. sí, no aspiramos a tanto, pero sí a gozar y ayudar a tu hija. Es la medicina que no te receta el médico, la satisfacción de ayudar y cambiar de ambiente.

N. sí, yo tuve dos comas. Las enfermeras dijeron que ya la hice. Y a usted, no cabe duda que Diosito todavía no se la quiere llevar.

S. viéndola, no se imagina uno que es..

X. en la endoscopia me dicen que tengo una hernia iatal, colitis y gastritis, una piedra en la vesícula..

F. luego de muchos años de diabética, el desgaste del cuerpo y los órganos hace necesario que los doctores revisen si es consecuencia del misma mal, lo que tienes es un cuadro avanzado.. pase usted (saluda a una nueva persona).

T. ¿aquí es la plática?

F. sí, de diabetes.

T. la estaba esperando..

F. ¿hace cuánto tiene diabetes?

T. hace seis años. Me controlaba con pastillas pero me quieren dar insulina porque no me está sirviendo..

ML. ¿cuál es su cifra de glucosa?

T. 286, la última.

F. sí es alta. ¿Y cómo va el tratamiento médico y lo demás?

T. estoy con dieta, nopal y pura verdura.

F. ¿y cómo se siente?

T. más o menos.

F. cuando las cifras de glucosa están altas, la vista se ve borrosa. Algunas personas van al oculista, les dan lentes y cuando las cifras empiezan a bajar, los lentes ya no les sirven. Su dieta debe ser suficiente y adecuada. Debe comer de todo pero en cantidades adecuadas y evitar el azúcar, por ejemplo, sandía, zanahoria, betabel, tienen mucho azúcar. La papa tiene muchos carbohidratos. Tortilla y pan, lo menos posible. Hay que comer verduras de hoja verde y en raciones adecuadas. Los nutriólogos dicen que debe haber cinco momentos de comida para que el cuerpo no esté sin alimento tantas horas. No aumentar la cantidad, pero sí repartirla. ¿Cada cuándo se controla?

T. cada ocho días.

F. ¿tiene glucómetro?

T. sí.

F. llegó la Dra. Vi. Dra, buenos días, ¡qué guapa viene hoy, qué bonito color!

Dra. Ya no siga (ja,ja)

F. tenemos casos muy interesantes hoy..

Dra. Vamos a ver..

F. X dijo que vino el jueves y oyó a la Dra. G. y dice que tiene todo lo que ella describió y T. tiene más de 200 de glucosa y no se siente bien.

T. tengo 284 (de glucosa) en más de doce horas de ayuno.

F. dice que está con puro nopal.

Dra. No se vale, porque si no come bien, el organismo va a provocar un estado de ácido. A veces hay pacientes que nos quieren hacer trampa y no comen en todo el día. Se les pide análisis de orina y nos da positivo y dice que el órgano se está degenerando. Con la hemoglobina glucosilada tenemos una muestra más confiable. Sí está descontrolada pero vamos a ver por qué está descontrolada. Yo pondría en primer lugar el no aceptar o el no conocer su problema y es usted una persona joven.

F. pues sí, nosotros ya la vemos muy joven.

T. yo tengo 20 (años)

S. yo 40, (ja,ja,ja).

F. y además alertar a su hija.

T. yo me la traigo porque está embarazada y tiene 17 años y va al Seguro Popular.

F. ¡qué bueno que viene porque se tiene que cuidar para no desarrollar diabetes gestacional!

Dra. Aquí en teoría no la reciben porque tiene que tener 18 años.

T. los cumple en febrero.

Dra. Saca tu carnet para que te den cita y en endocrinología te van a hacer las primeras pruebas, para estar seguras que no tienes diabetes. En algunas aparece diabetes durante el embarazo y luego desaparece. En otras aparece después de cinco años. ¿tú no tienes diabetes? ¿te has checado?

Hija de T. no. ¿cómo que es necesario dentro del mismo embarazo?

Dra. Sí. No para que te vayas a preocupar. Es preventivo porque tienes una persona muy cercana a ti, que ya tiene 6 años. Entonces yo pondría como factor en primer lugar, la no aceptación. Es para que lo reflexionen. Cuando le dijeron que tenía “diabetes”, ¿cuál fue su primera reacción?

T. miedo, “me voy a morir” porque mis amigas se murieron por diabetes.

Dra. Y luego, ¿cómo se sintió?

T. traté de...

F. En lo que estaba, ¿cómo está llevando el tratamiento?. Una parte es el medicamento, pero todos son super importantes. Ahí podemos hablar del ejercicio, de cómo es la actitud emocional ante la enfermedad y ante mí misma; cómo me trato, cómo manejo ante mis emociones porque de ahí se deriva qué hago conmigo.

T. pues me sentí bien y lo dejé como seis meses.

Dra. Y ¿cuál fue el resultado?

T. se me subió el azúcar y ahora no me la puedo bajar.

Dra. Pero el médico le tuvo que haber dicho que la diabetes no se cura; se controla. Se sintió bien, de principio le dio miedo, luego se sintió bien..

T. sí, tenía 120, 126.

Dra. Estaba en los límites por arriba de descontrol. También tenemos que se dejó seis meses y luego vino el embarazo de la niña.

T. es que estoy divorciándome. Es que a la niña le dieron bullying y se me vinieron los problemas. Yo maquilo. El se quedó sin trabajo y la casa está a nombre de él. Estamos batallando.

F. una cosa es el divorcio y otra la disolución de la sociedad civil. Y esta puede tardar años.

T. Pues sí, me dijo "ora busca qué mitad me va a tocar. Yo no tengo por qué complicarme la vida ". Yo le dije "o te sales tú o me salgo yo".

F. podemos asociar su ambiente social con su descompensación.

Dra. Y además la dieta, la forma de alimentarse no es adecuada. Está pasada de peso.

T. bajé 11 kilos.

Dra. Pero por estrés.

F. ¡imagínese el ambiente en el que está.!

Dra. ¿es la única niña que tiene?

T. No. Tengo tres. Yo creo que por eso empecé (con la diabetes). Su hermana tenía problemas de corazón. La llevé al hospital y me dijeron que ya no podían hacer nada. Murió a los tres meses. Esta otra hace 8 meses que intentó suicidarse porque se sentía sola y la metí al Hospital Psiquiátrico Infantil y ella está conmigo siempre y ella no quiere al papá de su hijo. Dijo "es mi bebé y yo soy madre soltera". Dice que va a trabajar cuando termine la prepa y sabe algo de contabilidad y dice que va a trabajar. Pero le digo que no es el chiste. Mi hijo vive en el otro lado y me manda dinero. Ella es la más chica y no sabe de bebés. Nunca ha tenido bebés cerca, ni sobrinos. Y tengo que andar con ella todo el tiempo. Le dije al doctor "no me está haciendo la metformina" y me dijo "pues es lo que se da". Y le dije "me tiene que checar cada mes". Me dijo "no, por que...

Dra. A ver, ¿por qué llegó aquí?

T. porque traje a mi niña al Seguro Popular y vi de estas pláticas..

Dra. ¿dónde vive?

T. por la doctores.

Dra. ¿se viene caminando?

T. no, caminando no, porque estoy lejos.

Dra. Le recomiendo que saque su carnet y aquí la atendemos. Desgraciadamente el carnet es necesario. Voy a tratar de conseguir interconsulta. Con el carnet la llevan al médico general, quien le va a hacer su historia clínica y la mandan a endocrinología. Le van a hacer la revisión de sus ojos, de la cabeza a los pies. La van a mandar a hacer su dieta de acuerdo a su trabajo y a sus preferencias.

Le van a hacer una prueba para ver cómo está su hígado, estómago, corazón y le van a ver cómo está su sangre. ¿ya se hizo su mastografía?

T. no.

Dra. Está la campaña. Va al pabellón de Oncología y no le cobran nada. ¿Se ha hecho su Papanicolau?

T. sí.

Dra. ¿en la familia no hay cáncer de mama?

T. no.

Dra. Aun así el cáncer de mama está progresando. Todo eso le tienen que hacer aquí. Porque la diabetes ataca los nervios, corazón, vejiga. Fíjese todo lo que se tiene que hacer. ¿y usted? (se refiere a X.)

X. sí tengo cita con la endocrinóloga.

Dra. Con ese estudio nosotros vemos en dónde está fallando algo: el corazón, los ojos..Y el control en diabetes es alimento, ejercicio, medicamento (ya sea pastillas o insulina), tranquilidad y por lo tanto, hay que hacer.. ¿cómo le podremos hacer, F? el jueves va a ser alguna...

F. el jueves es la clausura. Van a dar los diplomas.

Dra. Porque sería muy interesante que el señor Director supiera que por muchos casos es importante un grupo de terapia.

F. pues lo que hacen es que las mandan a Psicología.

Dra. ¿cuánto dura una cita?

F. dicen que una hora, pero son 50 minutos.

Dra. Es que el paciente descarga..

F. es que nosotros hemos tenido colaboradores y su enfoque es muy diferente.

Dra. Yo prácticamente he nacido y crecido en este hospital. Es que para mí esas terapias no sirven.

F. es que usted lo dijo muy bien. No quiero aceptarla. Me rebelo a lo que sé y eso es deficiencia. Y viene de falta de amor por mí mismo, con tantas broncas, ya ni me importa la enfermedad. Nosotros trabajamos con el enfoque centrado en la persona. Es por eso que nuestras pláticas, que son tan sencillas y poco estructuradas, hacen que el paciente se sienta muy bien. Yo por eso los invito..

Dra. No sé cómo informar para las autoridades..

F. pues nada más con tomar los testimonios de los pacientes. Yo tengo quince años viniendo aquí martes y jueves..

Dra. ¿no es empleada del hospital?

F. no.

Dra. ¿no recibe un sueldo?

F. no, vengo por amor al Hospital. Cuando me dicen “llevo tres sesiones y me ha cambiado la vida”, porque abrimos ventanas. Y no nada más de la teoría médica. Pero también de cómo estoy y no tengo que quedarme así. Busco calidad de vida. Calidad excepcional de vida. Con lo que me está pasando me puedo sentir mejor, pero depende de mí, no de lo que estoy pasando afuera. Cuando es así, todo el tratamiento está más fácil porque no tiene que estar el doctor “tómese esta pastilla”. Vemos gente que llega desalmada (sin alma) y luego cambia porque se empieza a querer. Acepto que me está pasando esto y me cuido. El doctor es mi orientador, pero yo me cuido. Dicen, “el doctor me dice esto y yo hago otra cosa y lo engaño, no como hoy, por el análisis.” Pero los doctores no se sienten mejor o peor por yo engañarlos. Mi cuerpo es importante y me doy cuenta qué estoy sintiendo y pensando y eso es la atención integral, doctora.

Dra. Yo quería recalcar que además del protocolo burocrático que había minimizado de lo que le pasa, hasta que F. le preguntó. Estando bien usted, con todo lo que se avecina, podrá ayudar mejor. Aquí le dicen más información. Aquí se aprende mucho y no creo que haya sido una fortuita coincidencia. A lo mejor vino por algo más.

X. yo me siento culpable porque me vengo con 600, 550 (de glucosa). En la mañana tenía 80.

Dra. 80 está bien.

X. es que por eso me mandaron acá. Me dicen, “tú no puedes andar así”. Estoy muy perdida. Muy desorientada porque ya tengo 17 años (de diabética).

F. me impactó que el doctor te dijo, “insulina si quieres” y no es que tú puedas decidirlo. Lo malo es que ya te vas..

X. pero nada más mientras ella se recupera. (su hija que va a parir).

F. “primero soy yo”. Imagínate con estos altibajos y te da un coma..

X. a mi hermana le dijeron que tengo acidosis y a mi hermana le dijeron que tenía 1400 (de glucosa).

F. por eso ahora con 600 se siente bien.

Dra. Le voy a hacer una pregunta. ¿Usted habla lento?

X. me lavaba el cabello y como que los brazos me pesaban y me preguntaban, “oye, ¿tomaste? Porque como que la voz la arrastras.” Tendía ropa y me dolían los brazos. Me dolían las venas y yo quería que me sacaran toda la sangre. Me llevaron con una señora que limpiaba con gallina negra, me envolvían con una sábana. Me oigo gangosa. Tuve que usar calcetas.

Dra. ¿estriñida?

X. sí.

Dra. La cara hinchada..

X. sí.

Dra. ¿problemas con su pelo?

X. sí.

Dra. ¿cansada?

X. sí.

Dra. ¿le han revisado su tiroides?

X. tengo hipertiroidismo después del coma.

Dra. ¿toma algo?

X. levotiroxina. Dos pastillas de 100. Me lo dan en el Seguro Popular.

Dra. ¿cómo se la toma?

X. cada 24 horas, pero por mala suerte agarré mi horario de noche y una día que estaba hospitalizada le dije, "cada 24 horas dos pastillas". Pero tengo una nietecita de tres años que padece de la tiroides y se la dan antes de comer.

Dra. Se toman en ayuno al levantarse con agua, no jugo. Y a la media hora ya puede desayunar. Eso se lo tuvo que decir el médico. Usted toma dosis alta. Habitualmente con 50 o 100, se controla. Pero se le nota lo abotagada. Y muchas veces el doctor dice "usted está mal del riñón". Si está deshidratada, cerca de la axila.. hay datos, posiblemente el corazón está latiendo despacito.

X. me falta el aire.

Dra. Pues sí porque si la hormona tiroidea está baja, el pulmón, corazón, riñón, la mente trabaja lento. Se vuelve olvidadiza. Cuenta del 1 al 10 rápido.

X. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

Dra. Al revés.

X. 10, 9, 8, 7,,6, ,5,, 4.. 3.. 2,,1.

Dra. Lo hace más lento. No es mucho. Entonces debe estar descansando de su hipertiroidismo.

X. ya tengo muchos años.

Dra. Mujercita, es que eso se controla. El corazón tiene que estar haciendo mucho esfuerzo. Lo bueno es que está tomando 200..

X. ¿eso es mucho?

Dra. Pero su organismo está haciendo muchos esfuerzos y luego a eso le agrega la diabetes.

X. siento que ya no soy yo.

Dra. El consuelo es que ya la van a tratar.

X. ya pagué por la esa glucosilada. Mi cita es el 20. Los análisis son el 17. Quiero ir con la doctora. Si ya estoy en crisis. Ando en la calle porque digo “¿cómo me va a vencer la enfermedad?”. Veo muy poco. Me camino como chenchita. Ando en el metro y subo cuatro escalones y me paro a respirar y me duelen las piernas.

Dra. Mire, suba al cubículo 32 y vea al Dr. C. Es el coordinador de Endocrinología. Dígale que ya tiene trámites y estudios para el 20, que la Dra. V. le manda pedir un favor muy grande y que si puede adelantar la cita, porque su estado general no es bueno. Yo la internaría a 3 o 4 días para controlarle la insulina. La tiroidea se lleva más.

X. yo tenía una llaguita en mi dedo. Gracias a Dios se me cerró. Eso se me quitó un poquito lo hinchado después de año y medio. Como dice usted y ando caminando porque Dios me da la fuerza.

Dra. Seguro hasta calor tiene.

X. el año pasado se me vino un coágulo que me hizo ya casi no ver. Pero lya me pusieron dos veces láser porque tengo neuropatía.

Dra. El láser pega en la retina porque si sigue sangrando llega al estado donde vemos y si queda ciega y ya no hay nada que hacer, hay que valorarla. Mire yo creo que voy a tener que subir con usted.

X. el doctor me dijo “no tienes nada”. Y mi marido me dijo “a lo mejor te dieron que no tienes nada porque tienes todo”. Ya me dijeron que soy candidata a diálisis.

F. pero qué bueno que llegas a este lugar con esta doctora. Es un médico preocupada por ti.

N. o lo llevan con gente falsa que te curan con el gallo negro.

X. la endoscopia la traigo aquí, si la quiere ver. Yo no lo invento, ahí viene.

F. Bueno, mientras les aviso.. que para el jueves les pedí una manzana no rebanada y una vela planita, chiquita, y un cuchillo de plástico.

S. mira, la doctora acaba de decir que vamos a hacer una “limpia”, ja, ja, ja. (todos ríen).

F. y un listón de cualquier color. El cuchillo de plástico porque si no, se los detienen allá (en la entrada). Un listón de un metro y una velita de vasito chico.

ML. es fin de cursos y va a empezar un nuevo curso.

N. antes había un hombre..

F. JG.

ML. V viene el jueves.

F. JG también viene el jueves. ¿fue a la misa de JG? Fue el sábado.

S. no.

F. JG les da una hojita.

S. no me llamaron.

F. él hace todas las llamadas.

N. me dijeron, este es problema de tu diabetes.

F. ¿tienen alguna pregunta?

ML. la vela, el listón, la manzana y el cuchillo..

N. yo llegué a las 9 y estaba cerrado..

F. ¡ah! Yo llegué a las 9.02 y ya estaban ellas.

Dra. Siempre traigan su colación y aquí pueden desayunar.

G. se me hace buen ejemplo para todos los médicos. Va a verlos a todos..

Dra. ¿ya tiene carnet? En el carnet se le pone "diabetes mellitus". Y pasa a medicina general y de ahí hay un pase para el endocrinólogo.

F. ya nos tenemos que ir ahorita.

ML. porque vienen los doctores aquí.

Dra. Váyase al fondo. Va a encontrar dos escaleras. Llegue al 32. Yo ahorita voy con usted.

X. no me dan los resultados. ¿cómo los interpreto?

F. ustedes no dejen de venir, T. Les conviene a las dos. Vamos a estar de vacaciones, pero me gustaría que vengan. Aunque no saques lo del Seguro Popular. Vengan y vénte con tu mami.

SESION 07/08/2012.

F. ¿cómo te sientes? (le habla a una asistente).

D. bien.

F. ¿qué haces los fines de semana?

D. descansar.

F. ¿te encierras?

D. el domingo me fui a la Feria de la Torta en Venustiano Carranza (la delegación política del D.F.). Había tortas argentinas y de otros países.

F. ¿es sólo comer?

D. sí.

ML: ya es la novena. Y te invitaban a comer la torta más grande del mundo.

F. antes sólo había de Jamón y frijol, ahora hay de todo.

ML. deveras. Ahí sobre calzada de Guadalupe hay una de tortas, deveras, deveras. Te ponen lo que la mano de un hombre alcance de mucha carne. Con una torta comen 3. Así (señala un grosor con sus dedos abiertos) de pierna, así de jamón.

F. yo creo que ni en mis buenos tiempos de comelona me hubiera acabado una.

ML. sí, así era. Y también venden de milanesa con papa.

J. ¡ah! Yo conozco una por la ciudadela, así de grandes; era una cosa exagerada, entre 3 o 4 nos dividíamos el platillo.

ML. las de la Villa son famosas, a los extranjeros los mandaban allá.

J. cuando yo iba a la escuela, eran teleritas así (señala un espacio angosto con sus dedos). Les ponían una embarradita de frijol, una rebanada de jamón casi transparente, con su chilito y jitomate con cebollita. ¿Cómo te sientes hoy?

D. bien. Mi mamá tiene un trastorno parecido a depresión.

F. ¿y la atienden médicamente?

D. Sí. Como trabajo en el seguro..

F. ¡hola, S! Así que ahí se atiende.

D. y aparte tiene diabetes. Era gordita y ahora está un poquito más delgada que yo.

F. ¡qué bueno que estás aquí para que puedas ayudarla, y también tus hermanos..!

D. no, no nos llevamos bien.

F. ¿no se comunican?

D. no.

F. ¡ah sí! A veces te dicen, “ay, ya vas a empezar con tus cosas”! ¿y tú cómo estás, S?

S. bien, gracias a Dios ayer vine a consulta y ya bajé 5 kilos.

F. ¿te estás sintiendo bien?

S. sí, me quitaron grasas, ya nomás me faltan dos.

F. ¡qué bien! ¿te cuesta trabajo?

S. sí, porque mi esposo es de los taquitos.

F. sí, cambiar hábitos no es fácil; es una lucha.

ML. sí, a mi esposo le encanta el suadero y se comía muchos taquitos y yo lo acompañaba, pero yo comía con una cuchara chiquita.

F. sí, hay gente que se enoja mucho cuando le piden un cambio de dieta.

D. a mi mamá cuando tenía diabetes, no lo creía y decía “está loca la doctora.” No le gustaba que le quitaran los refrescos.

F. sí. Algunas personas creen que no hacen daño.

ML. no sé si tú te acuerdas de un paciente. El vino porque era diabético, pero seguido se echaba sus buenos whiskys. Pero ahora, hace como 20 días, le salieron dos abscesos ano-rectales. No podía sentarse ni acostarse. Llegó al hospital por once días y por la diabetes se encapsulan. Dicen que es una sensación terrible de ardor y le abrieron los abscesos, que dice que parecían duraznos y así lo dejaron. La mala digestión aunada a la diabetes y por el peso no lo podían operar y dijo, “ya entendí”.

S. nosotros creemos que no nos va a pasar nada, hasta que vivimos algo así.

F. sí, la educación es salud, ¿cómo hacerle para no llegar a esto?. ¿han oído de este niño que tiene piel de cristal? Lo tienen desnudo, es un bebido; haz de cuenta que le brotan llagas y lo tiene la mamá en una tina con una solución. No es nada más por cuidarlo; es una enfermedad y la mamá no tiene recursos. Tiene una hermanita gemelita que está bien. Una señor le ofreció dinero para que atiendan al niño. ¿te imaginas?. Dicen que hay mucho adelanto científico, pero por ejemplo, no tienen todavía cura para el catarro. Dicen que está estudiada su enfermedad, pero pobre chiquito: llora y llora.

ML: yo oí que de dos señores que los músculos de los ojos están atrofiados.. No los pueden cerrar..

F. ¿cómo le va, E.?

E. bien.

F. ¡ay, qué cosas tan raras!

ML. y también salió en la tele la persona que tiene la piel más flexible del mundo. Se la estira y se la forman como alas. Es inglés. Y dice que quién le ha llegado a la paridad. Es una enfermedad que hay una en quién sabe cuántos millones de gentes y quien es su rival, porque también tiene esa enfermedad, es mexicano, un oaxaqueño.

F. E, ¿cómo estás?

E. bien.

F. anoche me llamó (por teléfono) T. (una asistente al grupo, que se hizo amiga de E.)

E. sí. Yo le llamé el 10 de mayo.

F. sí. Me dijo que había dejado un mensaje. Quedó de venir hoy.

E. sí. Quedamos de vernos hoy aquí. Pero ya ve, como granizó anoche, un granizo fuerte...

F. en mi rumbo llovió, pero no tanto.

ML. reportaron que por el aeropuerto llovió bastante.

E. aquí en la tarde, como a las siete y media.

F. y se anega luego luego, ¿verdad?. No como para que digamos inundación, sino encharcamiento. ¿a ti te afectó?

E. un poco porque había planchado. Bajando de la combi me puse mi chaleco y sí en la mañana amanecí con un poquito de infección de oído pero ya se me quitó. Me puse una bolsa en la cabeza y ya.

F. Bueno pues, ¿qué inquietud traen hoy? ¿se acuerdan de la tarea? M la anotó.

E. sí, no ha de tardar porque hoy el metro estuvo muy difícil.

F. ¡buen día! Pase..

X. es que ví de la plástica aquí afuera. ¿cuándo es?

F. los martes y jueves de 9 a 11.

X. es que quiero traer a mi esposo.. gracias.

F. ándele. Y tú, M ¿en qué trabajas?

M. en..... (inaudible) y ya después me salí.

F. órale. Entonces eres conocedora de ese ramo.

M. sí. Mi esposo tiene su negocio de eso.

F. ¿y tú le ayudas?

M. no.

F. hay parejas que se avienen a trabajar juntas, y otras que no.

M. no, mi esposo es muy exigente y es muy difícil.

F. ¿y a ti qué te parece que sea así?

M. mal.

F. tu quisiste tus gemelos y ya. (se refiere a que se dedica a cuidarlos en lugar de trabajar con el esposo).

M. sí.

F. (se refiere a E.) y tú sí, toda la vida de trabajadora.

E. toda la vida. Mi hijo tenía su piernita mala y mi compadre me trajo aquí a México para cuidar a mi hijo. Yo no sabía nada. Me iba a planchar, a lavar y ahora me muevo por todas partes.

F. ¿cómo sigue tu hijo?

E. todavía no bien, pero ya trabaja con un arquitecto. Pero mi hijo tomaba y yo estaba preocupada. Le dije "sienta cabeza" y andaba con una señora de tres hijos. Llegó y me dijo "ya me casé". Le dije "¡qué bueno porque yo no te hubiera recomendado!". Pero una es muy buena. Otra nuera me dijo, "si yo hubiera sabido, no me caso". Y yo le dije "si yo hubiera sabido, no te lo

recomiendo". El se fue con otra señora. Yo no la conozco. Cada vez que voy, me pone cara. Yo no le contesto nada.

F. bueno, estás en el papel de la que "oigo, veo y callo".

E. pues sí; para mí lo pasado, pasado. Y con la otra, me llevo bien y ella se lleva bien conmigo.

M. les cuelgan el milagrito más a las mamás, que a los papás.

F. ¡mira, mira, ya llegó!

M. ¡bravo!

F. ¡hola, T., bienvenida! ¡te ves muy bien!

T. pues me alivió mucho dejar mi casa. (donde ella trabajó muchos años, en el servicio doméstico). Y el miedo que le entró al viejo, impositivo. Me dolía la pierna y él "te vas a Aurrerá". Y ahí voy a traer los refrescos y le dije "ya estoy harta". Fui tres veces con el huesero porque no que quedaba quieta. Me la volvía a descomponer, hasta que me dijo, "usté se hace eso por no estarse quieta. La próxima vez ya no la voy a componer." Yo le avisé que me había caído porque me resbalé de la combi y con el estribo me pegué. Llegué a las once de la noche y no aguantaba el dolor. Me esperé hasta el otro día y ese señor ya me había compuesto la mano. Una señora se cayó del caballo y él la enderezó. Les pone un papelito y está por la Virgen, camino a Chalco. Tienes que estar a las cuatro de la mañana porque está lleno. Hasta los que están en el Seguro. (Social).

F. ¿ahí trabaja?

T. dice "estoy en el Seguro, madre, pero no les sirve". Al señor (donde presta sus servicios domésticos) yo le avisé "está muy fuerte mi golpe". No le volví a hablar y me cayó muy gordo que no me habló ni para ver cuándo vienes a hacerme el quehacer. Ya sé que no tengo derecho a nada. Ya me estoy terapeando. "No, tienes que ir", yo solita. Hasta que me di fuerza y fui... - "¿por qué hasta hoy" . Y yo coja. - "¿por qué no me has hablado?". Pues casi no puedo hacer nada y ni siquiera por eso me ha hablado, pero tengo el invernadero donde sembré mis plantas que para noviembre iban a dar frutos. Pero ni lo cuidaron. En noviembre le pedía aumento de sueldo "es que mire, los pasajes, el pesero, a veces el coche. Usted me paga mil pesos a la quincena. No me alcanza". Me daba del quince al veintitrés. Esas fueron mis vacaciones desde hace 47 años. Yo llegué espantada porque él me manejó a su modo. Tuve más patrones pero yo decía, "pobrecito, pobrecito". ¿pobrecito?. Me dijo, "¿qué pasó, te vas a quedar o te vas a ir?". Pero como si no me necesitara. Me dijo que no me podía pagar más de mil quinientos a la quincena y yo le dije, "déjeme ver". Pero el primero de enero, después de navidad, me dio la mitad de lo que me daba. Yo le llevaba ajos peladitos en aceite para no perder tiempo en su casa. Me decían "¿cuánto tardas en pelarle los ajos?" Los pelaba en mi casa y ya los llevaba peladitos, la yerbabuena también la picaba en mi casa. Todo eso lo tomaba yo en cuenta, como su familia lo tenía como perro; nadie lo visitaba. El día de su cumpleaños amanecía con los ojos chillones. El día de su cumpleaños yo le llevaba flores. Su hermana me decía, ¡ay, T. qué bonita tienes la casa, qué bonito te huele la casa! Y yo decía, "qué feo que yo le recordara lo que yo le hice de voluntad". Pero decía "yo, por la forma en que yo me porto, él tiene que tomarlo en cuenta". Pero sí le agarré coraje. No me le eché encima porque no le tomaba tanto coraje, mínimo. Me paré y le grité como si hubiera sido mi marido.

F. y el final de esto es que ya renunciaste..

T. la primera quincena de febrero. Le dejé el citatorio de la demanda. Y se presentó un abogado a defender al pobre viejito. Le dije ¿sí? Él tiene propiedades en Tabasco, Aguascalientes, propiedades en México y no le digo cuánto dinero en Estados Unidos con muchos ceritos porque no me alcanza la mente para saber... Yo le pedí sesenta y un mil setecientos cincuenta pesos. Y por no tener nada legal, dijo que no me daba más. Pero sí me conocen sus hermanas, sus amigas, simplemente. Y ahorita, la de oficios se vendió completamente y me dijo que no llevaba recibos. Le platiqué como me había tratado él y me dijo, "mire señora, le voy a ser franca, la recomiendo con un amigo para que la ubique pero.." le dije "el dinero no me interesa y tengo miedo de encontrarlo en la calle porque soy capaz, soy capaz ya enojada.." porque yo fui bien gente pero su palabra fue que prefería darle dinero al abogado, que a mí. O ya falleció, o se cambió de casa. Hace dos años me decían, "ya sálgase, ya sálgase". La forma en que me trató al final fue para fastidiarme.

F. son las grandes injusticias y eso es lo que te altera.

T. sí, una tras otra. Una tras otra, ¡ya estoy harta!. Me encontré a los ladrones en el camión. Y si a mi, si no tuve padre, ¿por qué los hombres me van a mandar? . Me dijeron los ladrones "no se baje". Y les dije, " ¡cómo que no, si ahí viene mi marido!".. y eran unos señores con sus amigos. Hubiera querido tener veinte años menos.. y que me bajo y dije "en la atorre, me van a perseguir" y que me bajo.

F. ahorita lo que traes es mucho coraje..

T. sí. El 26 de este mes, digo a la de Conciliación ya le pagó, al licenciado de él le han de haber tenido que pagar bastante. Si yo al Club España me quejo, a él le va mal. El decía "Prefiero dejar de comer yo para mandarles allá para que no se queden sin tragar." Pero cuando llega allá lo tratan como rey. Pero si voy al Club y me quejo y voy a los toros, veo a su amigo siempre agarraba y se iba.

F. y no has ido a otras instituciones..

T. no.

F. y si te quedaras sin dinero, aparte del coraje...

T. el mismo licenciado además del 10%, al licenciado le doy \$200; para copias, \$500, y cuando él no va y llega otro para darle a la secretaria cinco mil, ¿qué va a ser eso? ¿qué garantía tengo yo de ganar? ¡ninguna!.

F. por esto te pregunto cuánta falta te hace el dinero.

T. pues la güereja y chica ya me mandó a trabajar, porque yo trabajaba para ella y ella trabaja en la banca privada y la mandan fuera.

F. o.k. pero tú no dependerías de ese dinero. Es por buscar justicia. ¿Cuánto te está costando?

T. al irme saliendo pensé que me iba a caer... al otro día amanezco como trapo. Mira, yo no me voyles a fastidiar. Sus vales los reparte conmigo.

F. me refiero a que si no tuvieras el dinero...

T. mi salud es más valiosa.

F. tú tienes todo el derecho a seguir con la lucha, pero en tu sentimiento esa lucha es sólo contigo. No vale la pena que te dañes a ti misma. O.K. ese es tu pleito pero procura no lastimarte; que no pagues un precio tan alto como es la pérdida de tu bienestar.

T. tengo el teléfono de Ana, que era su cuñada. Y acabando el pleito le voy a hablar y ahí voy a descargar todo mi coraje. Porque no es la persona que me ha mostrado.

F. aparte de coraje, ¿qué dolor te ha causado?

T. a la fecha que yo lo veía que amanecía chillón, le llevaba flores, que una comida, ésa que le gustaba, que le estaba ayudando, él decía “no vienen a verme, pero se van a quedar con la casa”. No lloro, porque no es mía. A mí lo que no tenía que haberme dicho es “no tengo nada”. Ya nada más falta que vengan por ellas (todas las cosas que él tenía). Entonces, ni un algo para mí. El decía, “no tengo nada, ¿no oyes?”. Si no tiene ni para las contribuciones, no tiene nada porque ya heredó las casas de así y así. “¿ni un algo tiene para mí?”; Si a esas horas me da cinco mil pesos, me voy! (grita).

F. tienes que separar el hecho de lo que a ti te está causando. Te vas a pasar el resto de la vida cargándolo.

T. esa, no pude sanarme nada. Y lo peor es que mi madre no me comprende nada, pero ver a mi madre sufrir..

(llega alguien a pedir informes de las pláticas, la atiende ML)

T. y con mi hija, me siento mal . Si yo le pagué y me dijo “renuncio a la escuela” cuando ya se iba a casar porque ya estaba embarazada. Me dijo “nada más te hablé porque me voy a morir” -“¡no es cierto! Te vas a morir cuando Dios quiera!. ¡agárrate las naguas!, ¡dímelo! ¿qué tienes?” -“no, nada más te llamé para pedirte perdón, y si algo tienes que perdonar..”. -“a ver, flaca, ¿qué te dije yo?” luego, “ya vine mamá, a ver a tu mamá” y como que me daba la espalda. Yo no tenía porque estar buscándole la cara. Pero cuando me hablaba por teléfono lógico que me preocupaba, era mi hija. No comprenden que a los 7, 8 años tuve que trabajar para que no sufrieran mis hermanas y mi madre (llora). Y a mi madre yo le he dado todo desde que se salió de trabajar a los 40 años. Si a ella le dolía la uña, a mí me dolía el dedo (llora).

F. bueno, T. todo ese sentimiento de rabia e impotencia que tienes dentro, lo tienes que trabajar porque ahí nadie te puede ayudar. Lo importante es lo que te haces a ti misma porque te dañas a ti misma. Si no sueltas, los sentimientos no se van solucionando sino empalmando uno tras otro. No le podemos pedir a los demás que se comporten como nosotros esperamos.

(voltea a ver a dos hombres que llegan por primera vez)

¡qué bueno que nos visitan!

Y. quiero saber qué hay que hacer..

F. ¿tiene diabetes?

Y. sí, desde hace dos años, mi glucosa está en 115 o 120.

F. ¿tiene medicamento?

Y. sí.

F. ¿es ordenado? ¡hola, L!

Y. sí. Pero como que se me estira la piel del talón.

F. ¿cuándo le toca consulta?

Y. hasta dentro de mes y medio, pero me duele todo esto (señala su pie y su pierna).

F. ¿no ha hecho ejercicio?

Y. no.

F. sería conveniente que solicitara una cita antes, Puede ser neuropatía..

Y. sí, me jala aquí. (señala específicamente dos partes en el talón y la parte posterior de su pierna).

F. sería conveniente que lo vieran antes. ¿con quién se atiende?

Y. con la doctora Ríos.

F. pida una cita antes. No tiene caso que se aguante.

Y. me comentaba que se iba a ir de vacaciones la doctora. Me arde la planta del pie antes, pero ahora siento como si me la están jalando.

F. sí, ¿y aquí el otro amigo?

Z. vine a preguntar qué se puede hacer, traje a mi esposa.

F. ¿y se atiende aquí?

Z. no.

F. pues aquí tenemos todo el apoyo que nos da este programa, para evitar complicaciones. Procuramos llevar los niveles de azúcar lo más normal, es el objetivo del programa y para los que no tienen diabetes, es prevenir. ¿Sabes cómo está aumentando el número de personas con esta enfermedad? Antes eran mucho menos, pero ahora a edades más tempranas aparece la diabetes. Algunas empiezan a perder peso y hay que aprender a conocer los síntomas para que no llegue a dañar órganos. ¿Qué se daña, L.?

L. el riñón, la vista. Lo más complicado es lo que el señor está padeciendo, la neuropatía.

Y. sí, porque de repente veo borroso.

L. y las demás que hay (complicaciones), pero son más tarde.

F. ¿cada cuándo se hace la medición? (de glucosa en la sangre).

Y. cada vez que vengo a consulta.

F. ¿Cuándo se toma la medicina se aclara la vista?

L. y también se pueden dañar los dientes y el corazón. Pero los más elementales que le estoy platicando son los riñones. Pero también se tiene que checar los triglicéridos y colesterol.

Y. eso está controlado. Pero como que algo me arde. Hace ocho días vine, pero no me hizo caso (la doctora). Creo que no me oyó. Era leve, pero ahora como que se me quiere encoger (la pierna). Es como un calambre.

L. y a veces se daña el sistema nervioso.

F. Y la neuropatía es eso. Se siente a veces muy caliente la planta de los pies.

Y. sí, me quiero sacar el zapato.

F. ¡qué lástima que hoy no vino la Doctora V.!

L. y también dijo que a veces tenemos una bolita y puede ser la circulación.

F. yo creo que le conviene pedir una cita al mismo consultorio 42, con la doctora Vargas. Dígale que su doctora está de vacaciones y que le den una checada. ¿Cómo anda su alimentación?

Y. pues no como muchas grasas.

F. ¿y la harina?

Y. de vez en cuando me como una galleta, pero no mucho.

F. ¿y tortillas?

Y. pues seis me almuerzo y luego otras seis.

F. en nutrición, ¿no le han dicho cuántas son recomendables?

Y. es que siento un hoyo de hambre.

L. es que tómesese tres tortillas, pero lo sustituye con el jitomate o es una sustitución porque si no lo hace, no se va a poder..

Y. sí, me han dicho de las tortillas..

L. haga un cambio: en lugar de tres tortillitas, cómase el jitomate.

Y. Sí. Comía muchas tortillas. Medio kilo en la mañana y medio kilo en la tarde.

F. son hábitos que hay que cambiarlos.

C. yo oí que dijeron que si la tortilla la metemos dos días al refri, ya no tienen tantas calorías.

F. vamos a consultar con la nutrióloga. Pero también hay que cuidar el peso. Yo no tengo conocimiento de que pase esa función. Es importante checar cuánto hay que bajar. Porque el organismo requiere de ciertos nutrientes, dependiendo de la edad, de la actividad.

G. yo quiero comer más. Ja, ja.

F. por eso toman en cuenta la edad, actividad, el peso, también en relación a la estructura de cada uno, y no nada más por diabetes, sino para tener el organismo en buen estado.

C. yo, me quitaron desde 2006, calorías.

F. aquí hay que estar muy constantes con el autocuidado. ¿qué he hecho para sentirme bien o mal? No para culparme, sino para atenderme. Sí me tomo (mido) la glucosa y lo registro. Ahora me siento mal en mis piernas. Entonces reviso qué he comido; qué he tomado de medicamento que es parte de la historia de cada uno y debemos tomarlo como aprendizaje. ¿cuándo hago ejercicio o cuándo me muevo?.

G. y quizás ver la glucosa entre una y otra consulta, porque a veces es mucho tiempo.

F. sí, y en cada brinco de glucosa, en esos sube y baja, daña los ojos, riñones, y vuelve a bajar.

Y. perdón, la cita me la da la Doctora. ¿Le puedo decir que me la dé mas seguido?

F. las doctoras tienen muchos pacientes. Pero puede ir a Farmacias Similares por lo menos cada semana, a que le midan la glucosa y la apunta.

Y. El lunes a las siete de la mañana saqué esto. (les muestra el estudio). Mañana me vuelvo a medir para que el doctor vea.

C. y la hemoglobina glucosilada, esa es de todo el mes.

F. esa señala cómo ha estado su glucosa, de tres meses a la fecha. Y le puede llevar a la doctora, "mire, así he estado".

C. los de aquí afuera son baratos y están aquí afuera.

F. aquí hay dos.

ML. en Similares hay hasta paquetes. Es mucho más económico para la hipertensión. El otro día vi y salen muy económicos en Similares.

F. y eso sería como un inicio.

Y. me interesa eso.

C. la hemoglobina glucosilada.

F. sí, porque en el consultorio sólo le toman cómo está la glucosa en ese momento.

ML. porque el día que voy a consulta, le bajo a las calorías, pero me eché ayer unas carnitas, o el tequila del fin de semana.

Y. ¿me lo puede anotar?

C. tuve que suspender un piquete porque tuve un imprevisto.

Y. mi mamá murió. Tiene veinte días de morir por diabetes.

F. ¿se cuidaba?

Y. sí. Nomás fruta y verdura comía. No tortillas. Murió de 82 años. Mi mamá nomás comía lo que el doctor le dijo.

F. Y unos por diabetes, y otros porque nos dio un torzón.

Z. ¿dónde pueden checarme?

ML. jueves y martes en el 42 (consultorio), antes de las 9 de la mañana; y uno de los primeros síntomas es cansancio general y si por parte de padres o abuelos hay diabetes.

Z. aquí como chocolate, pan dulce, carnitas, coca.

L. ¡coca, ja,ja!

C. y ya hay chocolate para diabéticos.

F. sí, para quitarse el antojo, pero el cacao tiene grasa. Hay sustitutos para el azúcar. Allá una vez por navidad, lo pueden tomar.

Y. y por ejemplo, ¿la nuez y el cacahuete nos perjudican?

F. poquito, ¿pero cuánto es poquito?. Para mí es algo, para ustedes otro más. Las grasas de estos no producen colesterol malo; es bueno pero con medida.

Y. me eché mi vaso de avena, el ajo y agua. 1 o 2 diarios.

F. la avena barre el colesterol, pero aumenta el peso si se come mucha. Todo con medida. El exceso por ejemplo de fresco, de coca..

Y. no, nada desde que me detectaron. Tomo agua con alfalfa sin azúcar.

F. Hay jugo de nopal..

C. con piña.

F. no. La piña tiene azúcar.

ML. pero poquita.

F. por ejemplo, puede comer nopales tiernos pero en sólo una tortilla que va a comer. Ja, ja. (todos ríen). Porque sí necesitamos, nuestro cuerpo por sí mismo genera glucosa, pero si hay de más se va a la sangre. Pero la glucosa bien colocada va a la célula pero cuando no es posible, va a la sangre y se convierte en diabetes. Todo esto lo vamos a aprender aquí. Hoy estamos empezando. Apenas estamos conociendo, pero esto es para aprender a cuidarme, a enseñar a los demás “¿cómo que tienes diabetes? ¡qué bien te ves!” “es que estoy aprendiendo a cuidarme”. Dentro del problema de diabetes, podemos sentirnos bien. Los jueves vienen los especialistas. Tenemos un mes de nutrición. He escuchado que los nutriólogos dicen que todo lo light es tan malo, como lo no light.

Y. Por ejemplo, ¿el azúcar como Canderel?

F. Se puede usar, pero es cuestión del paladar. Si es mucho el antojo de algo dulce, pues usamos Canderel. Estamos aquí los jueves y martes, de 9 a 11. Trabajamos en todos sentidos. Desde lo físico, siento piernas acalambadas, o siento depresión; lo emocional y podemos estar bien, sentir gusto en la vida porque muchas personas han aprendido a manejar bien su situación.

T. yo tengo diabetes del 85 para acá.

C. yo desde los 27 años.

F. ¿y tú, E.?

E. hace quince años.

L. y ahí las ve uno en la pachanga.

T. pero quería decirles que yo manejaba 450 de azúcar. Y en el ISSSTE me decían que era una forma de suicidarme. Y yo les decía “¡váyanse al diablo!”. Después fui a la casa y llegaba con 450, le dice el doctor, tiene 450. “Está loco; yo camino, trabajo”. Tenía papas para freír en un puesto. No me sentía mal, pero los ojos me empezaron a fallar. Dije “voy al mero, mero del Centro, “ (por Tepito). Y de allá me mandaron a Consulta General acá. Me vieron aquí que tenía que seguir el tratamiento para que controlaran el azúcar. Decía “ni modo, no me puedo quedar ciega”. Dos, tres meses y T. (ella misma) siguió con 450. Una chaparrita morenita subió con J. a invitarnos a las pláticas de aquí. Yo venía a consulta y estaba aceptando. Decía “vente, si salimos temprano, vamos” -“Esas son puras tonterías. No quiero ir”. Decía “mujer, no te sobra de más”. Yo pensé “a para qué, si ya el doctor me dijo todo lo que me va a pasar”. Pero por darle gusto. Pero a los ocho días que yo vino porque sí me gustó la forma en que habló. Usted dijo “¿no quieren dar el paso, para cambiar? ¿ya se divirtieron? ¿den el paso porque están acostumbrados a vivir así, porque les va a dar calidad de vida aprender a comer!”. Y decía “¡no, pero tiene razón!”. Yo sentadita porque por lo regular no hablaba yo. “Tiene razón, si no come uno diferente, aunque se tome la pastilla no se va a aliviar”. Vine a cuatro cursos porque me sirvió mucho. No hablaba pero me sirvió mucho porque descargaba mucho de lo que trae en la semana. Voy con un doctor de un dispensario y me dijo, “tienen que tener este mismo tiempo” pero me dijo el doctor “esas terapia, vaya. Dice que no habla, pero ¿ve este problema? –dice- el mío es peor”. Pero yo decía “no voy a poder”. Tenía yo un año de no venir a una plática completa. Hay que ser sincero, no acompleteo porque tengo memoria de teflón. Tengo muchos problemas, por eso vine. Estoy muy arriba cuando tengo 200, porque me espanto. Si tuve 400 pero dijeron que más de 200 puede ser como diabético pero me restrinjo y digo “gracias, F. ; gracias, F.” Estoy solita en mi cuarto, y hablo.

F. y sepan que el enojo, el gusto en exceso también sube la glucosa. Me voy a sentir frustrada, triste, lo que sea, pero voy a vivir en balance para que no se me suba el azúcar. A eso están invitados, a tomar el curso completo. Traigan a la esposa, el hijo, la hija, el compadre, para que vengan. No tienen que ser pacientes del hospital; no tiene que sacar ficha. Para entrar solo es que digan que vienen al curso de diabetes. Si tienes papá diabético, el hijo puede aprender cómo no desarrollarla.

Y. Yo dije que esa va a ser mi herencia.

F. podemos tener la inclinación, pero si sabemos cuidarnos, queda sólo como una semillita y más los jóvenes que comen tanta comida chatarra. Tantos niños que en el biberón les ponen coca-cola, en los pueblos se come mucha chatarra. Y eso ha hecho que aumente la diabetes. Los esperamos el jueves.

SESION 23/08/2012.

F. ¡miren nada más quien llega, P!

V. P, ¿cómo estás? ¡gusto en verte!.

Q. ¡hola P!

F. P ¿cómo está Michoacán?

P. pues igual que siempre.

F. llegó P justo al examen.

P. ¡sí!

F. ¡hola R! ¿cómo estás?

R. ¿están haciendo tarea?

V. ¡sí!

R. ¿les puedo copiar? Ja,ja . (todos ríen).

X. es mi hijo.

F. ja, ja. Es que como son gemelos, ya no sé quién es. Ja,ja. ¿lo vas a alcanzar? (en estatura).

Z. ¡sí!

F. gracias, B. ¿de quién es esta? (hoja donde escriben).

C. mía.

F. ¿le pones tu nombre? ¿tenemos tarea para hoy? ¿no P, B? Faltó una respuesta, la otra pregunta.

V. aunque no pongas la pregunta, sólo si estoy satisfecho por esto.

F. para los que no conocen a P, viene de Michoacán. Es muy querido miembro de este grupo. Canta y baila muy bien. Ya se aproxima el aniversario de este grupo. Este año cumplimos quince años de estar trabajando. Estén pendientes y ya que tengamos idea, les vamos a decir para que se preparen. Nos hace cantar y bailar mucho este hombre.

P. yo por mí, canto y bailo siempre. No es bueno estar siempre de malas. Es malísimo porque nos perjudica y estar contentos nos ayuda a levantar el ánimo a esperar la voluntad de Dios.

V. eso que dice P es muy importante. ¿habrá en nuestro organismo eso de las endorfinas?

F. sí, las endorfinas se producen en el organismo, pero hay manera de estimularlas. Por ejemplo, juntarnos con gente que nos hace sentir a gusto, escuchar música bonita, caminar, ver la naturaleza, cantar. Es para estar contentos. Es conveniente comprender qué me causa gusto. No necesitamos grandes compras o viajes. Ojalá los pudiéramos hacer pero es saber yo qué quiero. Es ir encontrándole gusto a la vida. Como ven a este joven Q. cuando llegó tan feliz, venía anunciándonos que va a tener su bebé.

Q. estoy más contento porque creo que no tengo diabetes. Me hicieron la hemoglobina glucosilada y tengo 5.6.

F. los triglicéridos, estás bastante altito. El trae 422. El colesterol está alto. ¿sabes que los triglicéridos están relacionados con la dieta? Nuestra dieta T: tacos, tortas, tortillas, tamales, se traduce en triglicéridos.

P. es de grasa..

V. yo tengo 700.

F. y tu postandrial está muy bien.

G. te van a dar tu tarjetita para un examen.

F. ¿qué sientes?

Q. ya lo había asimilado. (tener diabetes). “ Tengo diabetes y tengo que aprender a vivir con ello”. Dejé el refresco, y en realidad sí me siento mejor. Sí sube de 2 a 5. Hice lo que pude para mejorar y pensaba, “bueno, a echarle ganas y a seguir”. Estaba resignado. Dije “ya la tengo”. Pero sí me da gusto saber que no la tengo pero sí quiero llevar la dieta para que no me vaya a dar.

G. No se vaya a confirmar.

F. porque la exageración en todo, nos lleva a la diabetes.

Q. salí con 265 en ayunas. Me prendí el foco rojo y me dijeron “probablemente seas diabético”. Como les había comentado, mis papás ya fallecieron y los dos eran diabéticos. Conozco la diabetes desde hace veinte años, con mis papás. El venir aquí y escuchar historias, como nos dicen, me di cuenta que la conocía pero nomás por fuera, lo que dice la gente; pero cuando empecé a venir me di cuenta que no es como lo dice la gente: “ya te cargó” “te vas a morir” “no hay de otra, es diabetes, es muerte”. Mucho tiempo ya la conocía así, no era controlarla sino resignarte a tenerla, a vivir mal para llevarla lo más lejos posible. Cuando llegué aquí me di cuenta que no es tan grave. Si hace tiempo, sin el grupo, me hubieran dicho que tenía diabetes, hubiera pensado “me voy a morir”; pero aquí sé que no es así. Las ganas que uno tenga de estar bien ayudan a que puede uno vivir mucho tiempo. Cuando escuché de las pláticas vine, y me ayudó mucho. Hay que seguir aprendiendo; no echar en saco roto lo que aprendí aquí: las pláticas, la dieta, estar más sano, estar consciente que lo puedo tener por la herencia.

F. este tiempo que creíste que te tenías la diabetes, ¿la dieta la sufriste?

Q. no tanto. No tengo diez en alimentación, de repente me porto mal.

F. o.k., que esto te sirva como una forma más sana de vivir; no importa que no la tengas, ya hiciste algunos ajustes y mi deseo es que te vayas a aferrar a esos cambios. Esta es una prevención. Recuerda: tu traes el gen de la diabetes por tus padres. Tu forma de vida, es la herencia más preciada que le puedes dar a tus hijos. Si tienes esta maravillosa noticia, deseamos que te cuides y a seguirle. Toso eso son factores de riesgo para la enfermedad. ¿Cuáles son, R?

R. comer de más.

F. la inactividad física, la genética, que seamos de esta raza latina, tenemos más propensión a la diabetes y cuando nos dicen que la vida nos da una segunda oportunidad, hay que aprovecharla. Si tienes las precauciones necesarias, la puedes brincar. ¡ Demos todos gracias!.

P. un comentario. Hay personas que dicen “estoy diabético” y ya, en lugar de detenerse como un semáforo que es amarillo de prevención para que te des cuenta que estás bien, ya te dijeron; entonces hay muchos que dicen “voy a seguir con lo mismo, al cabo que no tengo diabetes”. Pero sí te puede venir y te ayudará a prevenirla y los que ya están, con meditación. A mí cuando me dijeron que tenía, no dejo de ejercitarme. Me mandó mi hijo un aparatito, así que hago meditación y ejercicio.

F. acuérdense de los cuatro elementos: alimentación, medicamento, ejercicio y manejo de emociones. R., ¿qué hacemos con las emociones?

R. mi primo, se la infectó un pie, su pie estaba negro y le quitaron la pierna. Es joven y tiene dos hijos y se separó y vive solo. Es un muchacho porque vive bien joven.

F. la vida misma con sus altibajos nos causa estrés. Me voy haciendo más sensible, pero tengo que saber qué hago con lo que siento. No es ser de piedra, pero ¿cómo puedo hacerle para soltarlo por mi bienestar?. Veo al vecino amputado, y yo caigo en una depresión.

P. si a una persona le pasa y lo vemos, pensamos “a ver cuándo me pasa a mí”.

F. R. ¿a ti qué te dan ganas de hacer con tu vecino?

R. no me le acerco mucho. Porque a mi sobrino le dolían los dedos y dije por qué tanto, hasta la pierna..

P. por eso los doctores te tratan.

F. ¿ahora traes ese pesar? Puedes darle una palabra de aliento, sonrisa, una pequeña plática para decirle que puedes hacer algo por ello: eso baja el estrés.

R. pero en semana santa iba a comprar su coca, ya tenía la infección y se iba arrastrando.

N. mi vecino está bien gordito. Le decimos el cochino. Le gusta todo con grasa y su cocota. Le digo ¿por qué no cambia tu manera de comer? . Le digo “ al grupo dónde voy te dicen que eso no es bueno”. Me dice “todos nos vamos a morir”. Le digo “sí, pero las amputaciones, la ceguera, lo de los riñones, eso tratan de evitar; nos dicen cómo querernos y cuidarnos”. Y yo, los poquitos días que he venido me han servido.

F. venía un muchacho muy grandote, como Q. Lo ví en un mercado comiéndose unos tacotes y dije “¿de dónde lo conozco?”. Pensé que era uno de mis alumnos y me dijo “¿todavía va al hospital?”. Y luego me dijo, “sólo llevo tres tacos y una coca light”. Le dije: “bueno, cuídate porque dijiste algo bonito “hay que querernos y cuidarnos”; ¿tú cómo te sientes: con fuerza para lidiar con lo que te pasa o resignada? . Porque hay imponderables, pero yo puedo lidiar con mis circunstancias.

Dra. ¡buenos días!

F. ¡Doctora, buenos días! viene mojadita.

Dra. Dijeron que había mucha agua.

F. bueno, yo nací en un medio difícil, esas son circunstancias pero mi trabajo es qué hago con eso; cómo me enfrentó a la vida, yo no quería ser mujer, quería ser hombre, quería ser alta, quería ser rubia, quería nacer en una familia millonaria, yo digo que la vida me debe diez centímetros. Dicen que en Rusia les cortan un hueso y lo ponen aquí..

P. no te dieron estatura, pero te dieron inteligencia y servicio..

F. ¡ay, P. gracias! (todos ríen).

F. bueno, pero estoy aquí luchando para vivir mejor con lo que me toca. Hay quienes renuncian a luchar y se convierten en víctimas.

C. entonces, ¿se vale caerse?

F. sí se vale, me quedo tirada un ratito. Me sobo, me levanto y sigo. Les voy a contar un cuentito que alguno tal vez ya oyó, pero les recuerdo.

1) Bajo por la calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Me caigo dentro.

Estoy perdida... impotente.

No es culpa mía.

Se tarda una eternidad en salir de allí.

2) Bajo por la misma calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Hago como que no lo veo.

Vuelvo a caer dentro.

No puedo creer que esté en ese mismo lugar.

Pero no es culpa mía.

Todavía se tarda mucho tiempo en salir de allí.

3) Bajo por la misma calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Veo que está allí.

Igual caigo en él... es un hábito.

Tengo los ojos abiertos.

Sé donde estoy.

Es culpa mía. Salgo inmediatamente de allí.

4) Bajo por la misma calle.

Hay un enorme hoyo en la acera.

Paso por el lado.

5) Bajo por otra calle.

Esas son las caídas en la desesperación, en la angustia hasta que aprendemos a darle la vuelta. Evito meterme en broncas, ¿será? O a veces parecen que traemos un imán para atraerlas. Si estoy desesperada, rijosa, atraigo lo mismo. Si estoy satisfecha, feliz, plena, atraigo lo mismo. Es tu imán, ¿qué atraes en la vida?

V. todavía no sales de un problema y atraes otro.

F. entonces hay que analizar qué hago para que eso me suceda. Ahí tenemos que echar ojo.

P. les platico algo. San Jorge era un santo que todo lo resolvía. Hay muchos santos que vivieron en el mundo pero abrieron un drenaje y cayeron mucho. No dijo nada porque sabía que el Señor todo se lo resolvía. Empezó a esperar. Pero empezó a patlear y salió solito.

F. ese es el caso con la diabetes. Sufro, tengo diabetes, ¿ahí me quedo? ¡no!. Hay que hacer algo.

P. mientras tenga vida, se puede hacer algo. Pataleamos y salimos.

F. como el señor que se le inunda la casa y se va al techo de su casa y grita: “¡Señor, Señor, ayúdame! Y pasan en una lanchita y le ofrecen llevarlo y dijo ¡no, no! El Señor me va a ayudar. Y la lancha se pasa.

Luego pasa un helicóptero y le avientan la cuerda y dijo, ¡no, no! . El Señor me va a salvar. Luego se muere ahogado, llega con el Señor y le dice “Señor, ¿por qué no me salvaste? ¡tanta fé que tenía! Y el Señor le dice “¿cómo me dices esto? Te mandé una lancha y un helicóptero y todo lo rechazaste”. Muchas veces tenemos la ayuda ahí y la rechazamos. Nos dicen “ahí está” y la rechazamos. Nos caemos en el agujero. Tengo estas circunstancias de vida, ¿cómo manejo mis dolores, mis angustias, mi depresión? Me quedo en el agujero. Me pongo de víctima, de tapete de los demás. Si esa es mi decisión, pues la acepto con gusto. Esas preguntas que les pedimos contestaran hoy, tienen que ver con esto.

Del 1 al 10, ¿soy feliz? Del 1 al 10, ¿qué tan satisfecho estoy con mi salud?. Mi familia está mal, tengo diabetes.. ¿puedo hacer algo con lo que vivo o no? ¿puedo vivir con aceptación y bienestar? Hoy tengo gozo por la noticia que nos trajo Q.

Q. me hice la hemoglobina glucosilada y sale con 5.2. (todos aplauden con mucha intensidad).

P. tienes un nombre de dos sentidos. Porque pareces pariente. Allá de donde vivo yo, en Michoacán, todos se dicen primos. Ya les quitaron letras y se dicen PRI, puros PRI, puros PRI. (todos ríen).

F. vamos a darnos cuenta que todos podemos sentirnos como queremos. No nos clavamos. No nos quedamos amarrados al dolor o aflicción. Necesito un apapacho. Necesito quedarme un ratito con ese sentimiento, pero me paro.

¿qué emociones experimentamos? Cada uno va a decir una, sin que se repitan.

-dolor.
-tristeza.
-enojo.
-ansiedad.
-angustia.
-alegría.
-tristeza...gusto.
-alegría.
F. sin repetir..
-gusto.
F. ya lo dijeron.
-felicidad.
-amor.
-melancolía.
-cariño.
-susto.
Dra. -¡todas!
-desolación.
-plenitud.

F. ¿las decimos de boca, o las hemos sentido?

(todos) las sentimos.

F. tenemos la posibilidad de sentir las todas, pero no nos quedamos con ninguna. Ni siquiera la felicidad, porque es como una chispita.

X. perdón, ¿eh? ¡buenos días!.

F. entonces siento cualquier emoción y ¿qué hago con eso? Por lo pronto, gracias.. vamos a tener una plática con la señorita Verónica, pongan mucha atención.

Enf. Perdón, primero es que en mi servicio no hay personal. He estado fuera de mi servicio porque estaba programado más tiempo mi plática.

F. bienvenida y muchas gracias.

Enf. Les voy a pasar un cuestionario para que me lo contesten. Es sobre hipertensión. ¿traen pluma? . Respondan lo que sepan. No se trata de que se preocupen por no saber. Eso de “comentarios y sugerencias” lo responden después.

(Mientras el grupo responde, llega una pareja que no sabe leer ni escribir y empiezan a hablar con una de las asistentes).

Sra. Somos de Oaxaca. Vengo porque no encuentro mi alivio.. Hace dos años que tengo un dolor en el estómago. Me empieza de aquí (señala un costado) y va acá (señala el otro costado). Me da dolor y ardor. Vine a consulta general y hoy vine al laboratorio. Aquí tengo un sobrino. Salimos a las nueve y media noche y llegamos a las 5 de la mañana. A la Tapo donde nos deja el camión y luego nos venimos en metro. Estoy haciendo mis análisis. De repente me empezó. Me dicen que colitis y gastritis, pero no me encuentran nada.

Sr. Ora vamos a cardiología. Ella ya se hizo tomografía ocho días por hoy le diagnosticaron quistes en los riñones y hernia de pared, a consecuencia de que le quitaron la vesícula. Al quitarle el tubo para que saliera (algún líquido), se le complicó. A lo mejor le quedaron las tripas pegadas.

Sra. Probablemente día 10, 11, 12 pasemos con el doctor. Nos mandaron análisis clínicos. Venimos de Oaxaca y llevo dos años con doctores y tratamiento. Allá me llevó a clínica me atendieron y ya estaba enferma. Aquí tenemos el sobrino. Ya vamos para dos meses y se nos acaba el recurso..

Sr. Cuando le pega el dolor, se pone a chillar y se está revolcando. Yo trabajo en el campo. Cuando se da (la cosecha), se da. (agricultura de temporal). Tenemos una casita de adobe con teja y estamos al norte de Oaxaca ciudad. Casi en la sierra Mazateca, por la Cañada, a dos horas de la sierra, se llama San Francisco Cotahuxtla. Yo soy de 65 (años), ella es menor. Estamos refugiados con un sobrino. Ya se hizo montón de veces exámenes de orina y sangre y hasta diciembre le daban cita en el Seguro Popular de Especialidades en Oaxaca. Nos estaban haciendo muy largas.

Sra. Yo le dije a mi esposo, “de aquí a diciembre, yo ya no estoy”.

Sr. Pero ya no tenemos recurso.

(los llama una enfermera para que vayan a algún lugar del hospital, y se retiran).

SESION

X. Yo le voy a ser breve. Soy diabética desde hace 21 años.

F. ¿toma pastillas o insulina?

X. yo, la insulina pancreática. Viví un mes en 95, después de regresar cada año durante 25 años, porque estoy fuera de México. Ese mes mi mamá falleció. Yo camino bastante, a pesar de las temperaturas extremas del lugar donde vivo; camino 5 horas y vivo en Australia. Mi hijo es diabético desde los 12 años. Yo empecé a leer mucho sobre la enfermedad. Me vine a Estados Unidos con un doctor que escribió un libro sobre el uso de hormona pancreática, combinada con insulina y vitamina C. A mi hijo le hice análisis de sangre y todo para ver la digestión del estómago y él tiene 38 años con este tratamiento. Sí tiene problemas y días malos con azúcar alta, pero se le pone insulina y a mediodía ya está bien. Tiene problemas en los ojos pero para tener 26 años con diabetes, está bastante bien. Dejó de trabajar, por lo mismo, hace 3 años y necesita caminar mucho. Ahora entra a las 10 y sale a las 3 en otro trabajo. Una de las ventajas de su tratamiento, es que la vitamina C le ayuda a ser más cauteloso. Nos está yendo bien. Yo quería que la enfermera me hiciera pasar con el doctor de endocrinología para que comprara esos medicamentos. El páncreas tiene tres funciones, además de producir la insulina tiene la exocrina, que produce enzimas. Al darle enzimas pancreáticas al enfermo, la función insulina mejora con el ph de la lengua. Ha tenido éxito porque mi hermano es diabético de hace 28 años, más o menos él sí usó la dieta, ejercicio, todo. Y le cambia el humor, porque los diabéticos tenemos un humor que no nos aguantamos ni nosotros mismos. Mi hermano estuvo 1 o 2 semanas en este hospital porque tuvo agua en los pulmones. Yo le empecé a darle sus enzimas y midiendo la insulina en una báscula. Después de 28 años con hipoglucemia y tres meses de insulina, con sube y bajas constantes, yo se lo empecé a controlar con enzimas pancreáticas. No trajo su insulina y una hora y media después de haber comido, tenía 10.2 sin insulina y sin hipoglucemia después de haber desayunado. Lleva dos semanas sin insulina. Tenía 184l

F. es alto.

X. pero considerando que él ha estado inmovilizado toda la mañana y que le sacaron sangre del hueso, sin desayunar y sin insulina, es muy buena.

F. no, discúlpeme, después de alimentos, controlados 140 es lo normal.

X. sí, pero sin insulina, inmóvil, con cáncer es cosa aceptable porque oiga, 28 años de diabéticos y 180 de azúcar..

F. cualquier medicamento debe tener en cuenta el estado general del paciente, por estrés el sistema inmunológico es muy afectado.

X. sí, la materia prima viene de Alemania pero aquí también hay. Hoy se levantó con 140 en la mañana, lo cual también es alto, pero el caso es que ya le digo, mi hijo después de 26 años de tener la enfermedad trabaja otra vez y está ganando bien. Y yo con 21 años, a mí me ha ayudado las enzimas pancreáticas.

F. ¿y no toma metformina o insulina?

X. no, y ya ve que el estado de ánimo también influye y vine a ver a mi familia. Cada año vine cuando mi mamita estuvo enferma y con los cambios de alimentación y todo y no me alteré.

F. ¿dónde las compra?

X. el Creón en la Farmacia San Pablo. Hay quien le da precios de muerte. Esta es la más fuerte, de 350 mg.

F. ¿ésta es para ayudar a la insulina?

X. al páncreas, cuando usted come, las enzimas sirven para ayudar a digerir la comida y la insulina abre la puerta para que vaya al intestino y se ayude a digerir.

F (precisa la información que dio X). es para ayudar a que la glucosa llegue a la célula. Cuando la insulina no es suficiente o de suficiente calidad, no se abre la célula y la insulina se va a la sangre.

C. es veneno.

D. y es cuando empieza a dañar los ojos, riñón : lo que nos está diciendo es que la insulina fortalece el páncreas.

F. ayuda a digerir la comida el páncreas. Al tener esa ayuda tan grande puede producir insulina, porque la insulina ayuda a digerir y a mejorar el sistema inmune. Todos necesitamos glucosa e insulina, pero en los niveles adecuados. La fruta, vegetales, se traducen en glucosa ya una vez digeridos, porque es lo que necesitamos para producir energía. Por eso te la dan inyectada o que se tome para que la insulina se asimile en las células.

X. pero los doctores debían de dar también las enzimas porque se empieza a exprimir el páncreas con la insulina. Pero las enzimas ayudan a regenerar el páncreas en lugar de dañarlo. A mí el cambio de comida me beneficiaba. Pero debe de ser con receta. Pero el doctor no va a saber como asesorarla.

F. pues gracias por su sugerencia. Estamos aquí de 9 a 11 los martes y los jueves. Vienen los especialistas y puede hablar con ellos.

X. ¡gracias! Sí se puede medir la cantidad de ribosofinas en el páncreas pero es cuestión de práctica para irla balanceando.

F. ¿y cuál es el gran cambio de alimentación que experimentó en México?

X. el trigo se come allá, no el maíz. Y aquí hay muy buena fruta que no hay allá como la guayaba y el plátano macho. Le dejo el nombre del libro y los datos del doctor en Estados Unidos y mi teléfono.

F. entonces esto, con el doctor y con el estudio..

X. no con el estudio; el doctor sólo debe de conocer el medicamento. Le dejo mi e-mail por si están interesados en comunicarse conmigo.

F. y ¿usted dónde vive?

X. en Sidney, Australia. Me regreso el domingo.

H. ¿y cómo le hace con las arañas y los animales de allá?

X. no, no hay eso. (se dirige a la Facilitadora) Dígale a los doctores que con las enzimas, si se los dieran a todos los diabéticos de México, con un frasco de 350 mg que es lo más alto de México, aquí sería como cuatrocientos pesos. Allá cuesta el equivalente de cien pesos. Allá las tiritas se les dan en cantidad de 100 y es menos de 20 pesos. Es cuestión que ustedes se unan y le pidan al gobierno. Cualquier pregunta, estoy dispuesta a responder. Gracias.

G. quería decirles que yo manejaba 450 de azúcar. En el ISSSTE me decían que era una forma de suicidarme. Yo les decía “váyanse al diablo”. Después fui a la vocacional y llegaba con 450, le dice el doctor “tiene 450” -“está loco, yo camino, trabajo,” tenía papas para freír, no me sentía mal pero los ojos me empezaron a fallar y dije “voy al mero mero del Centro, por Tepito y de allá me mandaron a Consulta General acá. Me vieron aquí que tenía que seguirla para que me controlaran el azúcar. “Ni modo, no me puedo quedar ciega.” 2, 3 meses, G seguía con 450. Una chaparrita morenita subió con J a invitarnos a las pláticas aquí. Yo venía a consulta y estaba aceptando. Decía “véntele, si salimos temprano, vamos” -“esas son puras tonterías. No quiero ir “ decía mi hija. -“no te sobra de más”. Yo pensé “ya para qué si ya el doctor me dijo todo lo que me va a pasar” . Pero por darle gusto, pero a los ocho días yo vine porque si me gustó la forma en que habló usted. Dijo “¿no quieren dar el paso para cambiar? Ya se divirtieron, ¡den el paso porque están acostumbrados a vivir así, porque les va a dar calidad de vida aprender a comer!. “ Yo decía “no, pero tienen razón.” Yo sentadita porque por lo regular no hablaba yo. “tiene razón, si no come uno aunque se tome la pastilla, no se va a aliviar”. Vine a cuatro cursos porque me sirvió mucho; no hablaba pero me sirvió mucho porque descargaba mucho de lo que trae en la semana. Voy con un doctor de un dispensario y me dijo “tienen que tener este mismo tiempo” Pero me dijo el doctor, “esas terapias, vaya -dice- no habla pero ve este problema, dice el mío es peor pero ¿por qué no voy a poder?”. Tenía yo un año de no venir a una plática completa. Hay que ser sincero, no a completo porque tengo memoria de teflón. Tengo mucho problema, por eso vine, estoy muy arriba cuando tengo 200 porque me espanto. Sí tuve 400 pero dijeron que más de 200 puede ser coma diabético pero me restrinjo y digo “¡gracias Facilitadora, gracias Facilitadora!” Estoy solita en mi cuarto y hablo.

F. y sepan que el enojo, el gusto en exceso también sube la glucosa. Me voy a sentir frustrada, triste, feliz, pero voy a vivir en balance para que no se me suba el azúcar. A eso están invitados, a tomar el curso completo. Traigan a la esposa, al hijo, la hija, el compadre para que vengan. No tienen que ser pacientes del hospital. No tienen que sacar ficha. Que digan que vienen al curso de diabéticos. Si tienen papá diabético, el hijo puede aprender cómo no desarrollarla.

X. yo dije que esa va a ser mi herencia.

F. podemos tener la inclinación pero si sabemos cómo cuidarnos, puede ser sólo una semilita y los más jóvenes que comen tanta comida chatarra, tantos niños que en el biberón les ponen coca-cola, en los pueblos se come mucha chatarra y eso ha hecho que aumente la diabetes.

Sesión octubre 9, 2012.

E. se cayó mi hijo de la moto. Estaba en la carretera a Cuernavaca y había llovido, se derrapó la moto y acabó casi debajo de un camión. El no me dijo nada, pero su amigo sí. A la moto no se le notaba nada, porque se golpeó sólo de un lado y cuando llegó, puso la moto sobre una pared cubriendo el lado dañado. Nos fuimos al médico, le hicieron radiografías. Estuvimos en la noche en el Seguro (IMSS) pero no había arreglado los papeles del seguro para que le dieran consulta. Le dije “aguántame, voy a hacer algunas cosas y luego nos vamos al médico”. Y ya lo enyesaron.

F. Pues mira, tuvo fortuna hasta con la moto, porque luego pasa el camión sobre ella y acaban de destruirla. Pues fue un susto.

E. como me pasé toda la noche desvelada..

F. sí, pues te pusimos en el círculo. Pero son sustos. ¡qué vulnerable es la condición humana! ¿verdad?.

E. sí, y el domingo hubo una misa para mi papá..

G. ¡uf! La cola está hasta la avenida Cuauhtémoc. De por si llego tarde. Está pesada.

F. yo hoy dejé pasar tres trenes (del metro).

G. y hay mideo cuando en el metro hay mucha, mucha porque la gaente no se fija (en el andén). Un día me atrapó el brazo (la puerta, al cerrarse) y me lastimó. Y en la línea 12 del metro era puro lodazal en las vías, dizque ya lo terminaron pero no. Por eso se tardan tanto..

Gu. Ya estaba funcionando sábados y domingos y el sábado que fui, estaba cerrado "hasta nuevo aviso". Antes había 9 o 10 robos a casa habitación por mes, y ahora hay 9 o 10 por día, desde que abrieron el metro.

G. y que hicieron pilotes contra los ambulantes. Pero eran kilos y kilos de lodo que sacaban. Si están sacando de abajo, me imagino que emana. A mí me tocó ir. Tomé otro transporte ese día y me dí cuenta de lo que sacan.

F. ¡vaya!. ¿y cómo te has sentido, G?

G. Ya he estado un poco mejor. Hace 8 días tuve que venir al doctor porque por un coraje no podía ni moverme. Agarraba el cepillo y me daban calambres, no llegaba más que aquí. Fui con el chamán primero porque estuve serrando con la barreta, le estuve dando. Me torcí y dije, "voy a ir". Me tocó la ficha 23. Ya le expliqué y todo. Que me quite la blusa, me puso su pomada y me sobó fuerte, fuerte. Ya no me dolía después de que me hizo eso. Me dijo, como se llama, que tengo que cuidarme. Con la señora (con la que trabajaba en servicio doméstico) iba hasta con Shaya Michan. No me gustaba. La señora me decía, ándele, son 2x1. No me gustaba. Este me dijo, "ora, mueva sus manos" y sí que las moví. Me dijo "madre, usted debe tomar una aspirina plus porque esto es principio de infarto. ¡ay, me quedé así! (muestra sus manos como temblando de miedo).

F. ¿has tenido problemas de corazón?

G. no, dice el doctor que tengo presión de quinceañera 120-80.

F. pues tenías una razón porque hiciste cosas que generalmente no haces.

G. pues no. Estuve revisando todas las recetas del médico con el que voy. Este dolor es el que me ha querido tumbar hace dos años. Hace dos años fue falta de irrigación al cerebro. Me recetó Imprufan. Me bajo del camión justamente donde debo. Con el sulfaneformina me pasaba de la bajada, iba y venía. Le dije al doctor, "no me de sulfaneformina porque necesito levantarme". No me da miedo morirme dormida, sino quedarme inválida.

F. ¿y aquí no te han hecho pruebas los doctores?

G. no. Ahora en este ojo tengo una catarata que tapa el cristalino y de repente se destapa. Con la explicación que me dió el oculista de aquí, me puso las letras y no veía ninguna..

F. ¿y te habían tomado la prueba de glucosa?

G. sí. Y estaba bien.

F. porque cuando sube la glucosa ves menos y cuando baja, ves más.

G. sí, me hicieron el análisis que porque ya está permitido que tengamos 150 en ayunas. Fui con el doctor para saber de qué graduación son los lentes. Y le dije, ¿por qué ahorita sí veo? . Me puso el aparatote para checar mis lentes. Me puso las gotas y me puso una lucecita. Me dijo que tengo cataratas. Ya no le pienso creer hasta que me vea la doctora que siempre me ve.

F. sí, ya ves que los compañeros dicen que ven borroso cuando les..

G. a mí la doctora me mandó a los laboratorios y me hizo el análisis de tres meses. No sale bien, pero no sale mal. Me dijo, “¡no, bájeme un poquito más, pero no está mal”. Me toca el 19 de éste ir con ella a ver si me dice que tengo la catarata. Está abajo del cristalino y la quitan para poner un vidrio. Y el otro día me dijeron, “¿quién le dijo que no ve?”- La doctora. -¡pues sí ve!”. Veo la tele borrosa. Desde que me dijo la señora que “sí ve”, veo mejor. Otra persona que me tomó un estudio me dijo “no, este ojo ya no te sirve”. Desde hace cinco años que vengo aquí me dijo el doctor que no veo.

F. ¿cómo te afecta?

G. yo digo “¡sí puedo! Y yo creo que me hago tonta. Sí puedo caminar”.

F. como que alguien te dio una opinión y la aceptas y dices “¡sí veo”!

G. sí, mientras yo pueda caminar, estoy bien. Es una catarata pero que no ha madurado. Yo no sé si me tenga que madurar.

F. ahora con el rayo láser ya no se esperan a que madure. Les quitan la catarata y les ponen el lente y parece que no les molesta, no les duele y andan de maravilla. Antes salían con los ojos vendados varios días y sentían mucho dolor.

G. yo por eso le tenía miedo a la operación. El domingo estuve viendo un programa de los ojos. En lo que me llaman y eso, dejé de ver el programa. Pero dijo (a quien operaron) que estaba viendo mucho mejor. Yo para ver la tele, necesito estar de las 10 en adelante. Más ahora que estuvo mi cuñado. Dije “pobre flaca”. Me hija la mayor dijo “yo te apoyo manita, lunes, martes, miércoles yo te apoyo. Pero tiene mamitis y viene conmigo jueves, viernes y sábado. Del domingo al jueves está allá y fue a ver a Jorge y le dejaron su oho muy bonito. Un trabajo precioso que le hicieron. Se le botó para afuera pero no supieron por qué.

Dra V. ... ¿y ora esto? (F. le da una tarjeta que le dejaron) ¿qué pasó?

F. a ver.. le tengo un mensaje. Vino el doctor a verla.. el doctor, sí lo debe de conocer, él está en Oncología y tiene a su cargo la cosa de enseñanza al paciente. Hace mucho que ha tratado de hacer eso y me ha dicho que si quiero participar. Dijo que en noviembre en el Aquilino Villanueva (auditorio) tienen un curso para pacientes y familiares de pacientes. ¡Hola, P!

P. ¡se acordó de mí, Dios la bendiga! Ya tengo 18 años con diabetes y 10 años que estoy bien. Me he sentido muy bien. Al estar aquí, quiere decir que me he cuidado. Las complicaciones de la enfermedad, tengo mi hígado inflamado por tanta medicina. Dicen que tengo un linfoma.

F. ¿P, la doctora te dijo que era otra enfermedad?

P. tanto medicamento me afectó el hígado. Tengo diabetes y además esclerosis múltiple.

V. pero eso es independiente. La mendorfina probablemente.. ¿Cuánto tiempo llevas con diabetes?

P. 18 años.

V. G tiene 27, con 450.....

P. pues no está mal. Hace una semana tuve una opresión fuerte toda la semana y sí me ataca la angustia, el azúcar me subió a 300 y se me estaba complicando con el riñón, el hígado, el agua en los pulmones.

V. yo creo que aquí hay que dividir, porque parece ser que tiene varios padecimientos. ¿Cómo está la diabetes?

P. 118, 110 , tengo más de un año manteniéndolo.

V. ¿y antes del año?

P. 130, 150.

V. ¿ nunca tuvo 200 en ayunas?

P. tampoco.

V. ¿y hay diabetes en su familia?

P. sí.

V.¿y le dieron la metformina?

P. sí, si tomaba la receta con metformina pero me daba hipoglucemia. Tomo la de la mañana y la de la noche, la de la tarde no. En el Seguro me están cada mes checando. Y yo vine aquí porque tuve mi problema porque tenía problema de hemorroides y aquí sí me atienden y me dan medicina y desde que supe que no debo comer irritantes, me he controlado.

V. ¿en gastro?

P. sí.

V. ¿sólo lo están controlando, no lo operaron?

P. no y aquí me operaron de hernia ialal pero se me abrió y me han catalogado como multi.. porque tengo varias enfermedades y orita vengo a mi problema de mis ojos. Yo he visto que me dan mis gotas y perfecto.. Me dicen sí tiene sus ojos, pero están secos y se le están formando cataratas. Hay que cuidarle su ojo. Vengo cada seis meses y me revisan mi ojo. Nunca me imaginé lo del hígado. Desde diciembre del año , pero se me hizo en el estudio como un pelo..

F. ¿y tienes dolor?

P. sí.

V. ¿qué tiene en el hígado?

P. hígado graso.

V. mire, generalmente se presenta en personas con mucho sobrepeso.

P. estaba pesando 96 kilos. Pero a pesar de mi dieta no bajaba.

V. a ver, sigamos con el hígado.

P. Ya bajé. 8 kilos. Para mí fueron perfecto. Pero me están dando pastillas de esperatactona para el hígado.

V. ¿le explicaron para qué?

P. y la furacenina.

V. ¿sabe para qué?

P. para orinar.

V. es que es para que no se pierda el potasio y otra para el sodio porque en algunos pacientes las combinaciones... ¿quién le dio esos diuréticos?

P. en el hospital.

V. ¿estaba hinchado?

P. de las piernas, de los pies. En gastro me dieron esos medicamentos pero no me explicaron para qué. Me lo tomé dos meses.

V. es un diurético que hace que no se salga el potasio. Viene desequilibrado. ¿Están hinchado nomás de sus piernas?

P. tengo las manos como guantes.

V. ¿y el cuerpo no, y el estómago?

P. como un globo. Ya me fui haciendo un ultrasonido.

V. pero es que usted tiene obligación de preguntar.

P. hay personas, se lo juro así que nomás están contra el tiempo. Le dije, “oiga, también tengo esto” Y me dijo, “me lo hubiera dicho antes”. Yo le contesté “pero usted tiene la obligación de leer el expediente”. Y se enojó mucho (el doctor que lo atendió). Hay personas que no le checan ni la presión. Yo fui al gastroenterólogo pero no me dijeron nada. Nomás me hicieron la endoscopia. Me iban a punzar. Pero dicen que se puede contaminar el cuerpo y me sacaron 7 litros de agua.

V. entonces sí le hicieron la punción.

P. no, con el puro medicamento. Me dieron esos dolores tan fuertes a media noche.

V. ¿y en las piernas no le dolía?

P. sí, me daban piquetitos y llamé al médico. Me dijo, “es el potasio”. Me mandó una pastilla de potasio pero me afectó el corazón y a la semana fui al médico y me dijo “no las puede tomar mucho tiempo”. Y me volvió a dar a media noche. Me tomé la pastilla, me esperé a que se disolviera y a las cinco de la mañana se me calmó.

V. tiene acitis, agua en el abdomen.... Esto es anasarca porque tiene todo hinchado su cuerpo. ¿es un problema de riñón, de hígado? Y no tiene diagnóstico.

P. me está viendo la doctora y ahí en gastro me da un tratamiento de 8 pastillas de furosamida y bajé de peso.

V. estaba pesando el agua.

P. volví a venir y pesé 3 kilos menos. Me citó la doctora el 13 de noviembre y ya hasta pagué la ficha. Ya compré mi ficha y la ficha de los ojos, a ver si me dan cita para mañana. ¿Quiere que le traiga un informe?

V. martes y jueves, siempre y cuando no se me caiga algo.

F. tráelo...

P. el doctor de gastro me citó hasta dentro de un año y para que me dé el medicamento que necesito Estoy tomando ocho pastillas más otras dos. Tengo consulta el 25 y me van a entregar mis análisis. Yo recuerdo cuando me operaron de la hernia iatal, parece que me pusieron sangre y cuando me quitaron la sonda acá venía..

V. ¿en dónde?

P. en la boca, porque me habían cerrada el iato porque no podía comer nada, me ahogaba, no más líquidos ni sólidos ni nada. Yo venía cada ocho días y el doctor se me quedó viendo. Fui a ver a un doctor que se dedica a las yerbas y me preparó un brebaje y me dijo que a los ocho días me iba a aliviar. Orinaba oscuro y mi popó era blanca. A los ocho días se me quitó todo. Ora me acabo de hacer una prueba de hepatitis y sale normal.

V. ¿toma?

P. pues una cuba en una fiestecita.

V.¿ pero toma además de las fiestecitas?

P. no.

F. aunque tenía los ojos amarillos y en la orina..

V. eso es ictericia. ¿Y luego, piedras en el hígado?

P. me dió peritonitis.

V. qué, ¿se le reventó por otra....

P. no recuerdo. Estaba en el Seguro, en el ISSSTE y me pusieron una bolsita para orinar...

V. oiga, espéreme, ¿le dio la peritonitis?

P. es que cuando llegué al hospital a urgencias me tomaron radiografías y me metieron a operar. Sí estaba en el ISSSTE, porque no se dieron cuenta que tenía peritonitis. Me cortaron el intestino.

V. pero ¿por qué? ¿qué tenía?

P. no me acuerdo, fue por oclusión intestinal. Cada 6 meses me dio ese problema de que se me hacían así los intestinos.

V. ¿pero por qué?

P. me dijo el doctor, “te saco porque si no, te mueres aquí”. Estaba en el 306. Me dio mi alta y me estuvo viendo en su consultorio, que estaba en la Roma. Jamás tuve problemas más. Pero le puedo enseñar cómo estoy porque los doctores se sorprendieron. Me dicen “el hombre biónico”. Conté trece operaciones, trece. Estoy vivo gracias a Dios. Entonces el problema de mi hígado tiene que salir a flote pero gracias aquí que vengo. (se desabrocha la camisa y le enseña a la doctora su tórax).

V. ¡Mira nomás cuánta cicatriz!

P. ésta grande de acá fue de la hernia, ésta de la peritonitis..

V. y algo se reventó u ocluyó..

P. por aquí está..

V. ¿y su vesícula?

P. no tengo vesícula, no tengo apéndice. Por eso el doctor dijo “te van a matar aquí, te me vas y te vas a mi consultorio”, fue en 1977. Tengo 54 años. ¿cuántos años hace?

V. son 30, 35 años...

F. te estás abrochando chueco...

P.(se abrocha otra vez los botones y sigue hablando).. fue cuando me hicieron este estudio y me desaparecí muchos años hasta el programa de la doctora Armenta porque tenía poquito que me había dado la famosa diabetes, porque tenía 500 (de glucosa en la sangre); tenía mucha hambre, temblaba y la piel como viejito. Voy a que me chequen y yo veía que me checaba y no me dejaba salir. Me dijo, “¿por qué no me avisó?”. Cuando tiene tan alta el azúcar a veces no se siente. Unos decían que dolía la cabeza pero ni eso..

F. has tenido de todo..

P. Gracias a Dios.. mi hijo se enojó y le dije, “yo ya llegué a los 54 años y estoy vivo”. No me sirve que me digas: por tu culpa, por haber comido esto.. No me sirve que me regañes”. Yo tenía desesperación, sangre rectal, incluso vomité sangre.

V. ¿y no tiene várices?

P. la última endocrinóloga me dijo que tengo várices.

V. quiere decir que la hipertensión está aumentando y que el hígado produce várices y si come papillas de preferencia..

P. ya no como nada tostado..

V. porque se puede reventar..

P. gracias aquí porque fui a buscar a la doctora de endocrinología. Les dije, “vine a que me hicieran favor de ver por qué se me inflamó el estómago”.

V. debe tener líquidos en el pulmón, en el abdomen...

P. orita que estuve internado me dijeron que debo tener agua en el pulmón, pero con las pastillas se me quitó. Me dijeron, “no tengo confianza al laboratorio de aquí, te vas a ir a otro laboratorio a que te saques..... ¡qué bueno porque sí me hubieran puncionado y pudo haber habido contaminación!.. Es que yo usó oxígeno porque tengo EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Porque trabajaba en una fábrica de vidrio porque lo calentábamos hasta que se hiciera chicloso para hacer varillas, jarras, figuras. Yo creo que la contaminación me provocó esto. El negocio es familiar. Se me ocurrió ir a ayudar a mi familia. No fumo. Sí llego a fumar uno o dos cigarros de vez en cuando. Incluso mis hijos no fuman, no toman. Qué bueno porque los cigarros están contaminados, vienen de otros lados. Lo que pasa es que dormido dejo de respirar y despierto así (hace mueca de angustia). Tengo el aparato y tengo mi oxígeno para la noche, pero ahora me lo pongo desde las 4 de la tarde hasta el otro día. Tenía yo dolor de cabeza hasta que me hicieron la prueba de sueño. Ir a alquilar o conseguir uno, cuesta caro. Yo les dije “¡no!, ¿de dónde lo voy a sacar?” Lo bueno es que trabajé en este año. Si me hubiera jubilado no lo hubiera logrado. Me pensioné..Mi esposa me abandonó y se llevó a nuestro hijo. Yo trabajé diez años en el DIF y por no saber qué me hicieron firmar, perdí todos mis derechos. Tengo esclerosis múltiple y estuve diez años con químicos con interferón. La enfermedad se ha portado bien conmigo.

Gracias a Dios porque la enfermedad puede provocar un brote porque es una enfermedad del Sistema Nervioso Central. Es como un cable de luz. Si se llega a cortar el cable, no pasa la luz.

F. ¿por qué no te conectas con nuestro compañero Vicente? Hay un laboratorio que da mucho apoyo para personas con esclerosis múltiple. Los medicamentos se los dan a un precio mucho más bajo.

P. ya estuve en la Asociación. Estoy con el Doctor P L. Se aplica a la enfermedad, pero ahorita no ha brotado. No me decían qué tenía, no podía escribir, ni hablar, por eso perdí mi trabajo. Yo le daba el gasto a mi esposa para mis hijos. Yo me quedé sin dinero y no tenía servicios médicos. Mi esposa empezó a trabajar y se juntó con una viuda que le empezó a decir que por qué estaba con su esposo enfermo y se fue con mis hijos y tuve una depresión tan profunda, QUE ME QUISE MATAR. Y llegué aquí con JOSEFINA y GRACIAS A LA MEDITACION Y SU APOYO... (reprime el llanto).. aquí llegué también con la doctora A, con el grupo, la familia, SOMOS UNA FAMILIA Y SALI ADELANTE. Y saber a decirle a la gente qué es esta enfermedad y que supieran. Mi familia que me ve, me invita a una fiesta y le digo, “me vas a regalar un pedacito de pastel y ya sé que puedo comer un poco de todo.” El cuerpo pide el dulce a veces, con mucho sudor y ya con el dulcecito en la boca, empiezo a normalizarme. Yo me checo, no diario pero una o dos veces por semana y estoy bien. No tengo el azúcar tan alta. En mis ojos tengo cataratas y a veces no veo bien, pero nada más hasta ahí. Le dije a mi esposa “voy a tomar mi ficha”.

F. si ves a tu esposa..

P. no. Tengo otra. Esa me dejó hace 18 años y mi hijo es abogado y me mandó decir con ella que si quería mi libertad le tenía que dar el 50% de todo. Mi nueva esposa tiene 60 años en noviembre y parece de 35. No tuvo hijos. Es hija única. Nos casamos hace dos meses por el civil y llevo viviendo con ella ocho años y mis hijos la van a ver y le dicen, “doña A. si se porta mal lo regaña”. Vivimos tranquilos gracias a Dios y vivimos en paz”. Lo poquito lo juntamos los dos, pagamos gastos y no nos deben nada. Le digo “ tú pídemelo”. Y gracias a Dios, vino su medio hermano y eso fue la presión, se descompuso el refrigerador y ella se fue a comprarlo y dijo “no voy a dejar que se eche a perder mi comida” y el medio hermano llegó y dijo “ya tira tu refrigerador” y le dije “oye, no me vengas a dar órdenes. Yo vivo con ella”. Ya sé que cuando nos vamos (morimos) no nos llevamos nada. Pero a la gente que le he regalado las cosas, me dejan de hablar, pero bueno, “haz el bien y no mires a quién”. Pero que no me diga, “tira tu tv porque está vieja” y le dije a mi cuñado

(medio cuñado) “todo lo que ves yo se lo he comprado a tu hermana (media hermana), pero no me vengas a presionar”. Y mi esposa no dice nada, no me da mi lugar, entonces, tampoco...

(F se pone de pie, para meter los posters que difunden el grupo de diabetes en el hospital. Ya es hora de concluir)

V. F, ¿ya están los doctores afuera esperando?

F. No, no hay doctores.

V. ¡ay! Es que hoy termina el curso de cirugía de mano..

P. ¿ya se va, doctora?

V.sí, lo vengo a ver el jueves.

P. ya más o menos me ubiqué. Pero sí quisiera que me dijera la realidad.

V. sí, si se la digo. Después de lo que ha pasado...

P. cualquier cosa, no es nada. Estoy bien. Estoy sano.

V. Vamos a decir, tiene sus achaques como cada uno los tenemos.

P. y tenemos un viaje pendiente.

V. Yo estoy así también. Ando con la cosa de que nos tenemos que operar mis dolencias. Antes nosotros hacíamos cada año un curso en sábado. Lo empecé yo y ahora no sé. Creo que ya no lo hacen.

R. ¿no fueron a la caminata? Está aquí, en Tlalpan... (todos salen del aula. Fin de la sesión).

Sesión corta. (porque llegó un representante de laboratorio a darles una plática).

F. buen día. ¿cómo estás?

E. Yo soy Eduwiges. Mi hermano chico tiene esquizofrenia. El no quiere cuidarse y vive solo. Lo dejó su familia. Yo vengo de San Luis (Potosí), de la sierra. Tengo 65 años y siempre viví allá hasta que mi hijo más chiquito le dio una embolia por una infección. Tenía un grano en la cabecita y de las inyecciones se meneó mucho y se enfermó. Yo digo que fue polio porque tenía mucha fiebre. Al año tres meses ya no pudo caminar, tenía su pierna flojita. Mi compadre me dijo, “vamos pa México”. Y hoy (mi hijo) es maestro de tabla roca. Me casé allá y a los 30 años de casada, viviendo aquí me dejó (el marido) cuando fui a Ciudad Valles con mi hijo. Orita vengo del trabajo, trabajo en casa (en una casa como empleada doméstica), tengo 27 años trabajando ahí. Llegué al consultorio con la Doctora Armenta. Don JG me ha ayudado mucho, lo conocí en el grupo de diabetes. En Ciudad de Maíz vive mi otro hermano, Nabor. Lo traje a la Clínica del Dolor porque tiene neuropatía por diabetes.

Ellos le dijeron que se iba a morir. Yo me lo traje a urgencias. Y él me dio las gracias y me dijo “tú eres mi madre”, porque soy la que más lo ayuda. Su hija no regresó. Vendía naranjas en la calle y tenía 27 años, cuando dos hombres la levantaron y de esto hace ya cuatro años. Gracias a la Doctora Vargas, que lo atendieron. Pero él lloraba y lloraba, y antes no lloraba porque fue soldado 9 años en un lugar de Durango. Yo lo traía al grupo y lo embarcaba en el Metro, sólo tenía que pasar dos estaciones y ya se bajaba. Y él aprendió a andar en el Metro y me decía, “ya puedo irme yo solo”.

Porque de San Luis al pueblo son seis horas. Y él no sabía. Yo soy la mayor de ocho hermanos y ya falleció mi hermana de diabetes de 50 años. Pero ella nunca se cuidó, no quiso. Dijo que ella se iba a morir, pero llena. (comiendo mucho). En Ciudad Valles, tomaba cerveza y refresco. Y ella sí veía a mi hermano de Querétaro, de la Sierra. Yo fui a Xoco (al hospital de Xoco, en D.F.) porque había tomado hartito arroz con leche y me sentí mal. Ahora salgo en 116, 100 y 70 (de glucosa en la sangre) cuando me ve la Doctora Vargas, desde hace tres años. Pero hace más vine a consulta y me tocó con la Doctora Armenta y me dijo “no mijita, te voy a hacer análisis pero quiero que vayas al curso”. Y yo cada ocho días o cada quince días venía al curso. Ya tengo mi diploma. Gracias al azúcar cambié mucho a lo que yo era. Mi hijo me dijo “qué casualidad, ¡cómo ha cambiado!”.

Y también tengo estos documentos (los muestra) - 25 de octubre del 2008 y 24 de octubre del 2009, 16 y 17 Caminata Nacional del Paciente Diabético y 3º. de Hipertensión. Organizadas por “Caminata Nacional del Paciente Diabético, A.C.

-6ª. Carrera-Caminata Tena por una vida plena. México. Junio 3, 2012.

-Yo puedo. Carrera Bonafont 2012.

-19º. Caminata Nacional del Paciente Diabético y 5º. De Hipertensión. Sábado 8 de octubre de 2011.

-Caminata del INER.

Mi hermano corría en la Sierra Gorda y todavía, y tiene diabetes, hasta salió en el periódico. (enseña el periódico local, donde está la foto del hermano en la premiación) Y él me animó a que yo fuera a estas caminatas, y tengo estas medallas (muestra también las medallas de participación en las caminatas).

Yo lo más alto que llego es a tener 113 de glucosa en la sangre y eso cuando no me he cuidado. Ahora mi hija se enfermó de los nervios por esquizofrenia y dicen que es por la menopausia. Un hijo me dijo “tu hija te está chantajeando, madre”. Pero yo no me dejo, me pongo mala y me vengo (al hospital). Tengo la vejiga caída pero los hilos ya están flojos. Pero yo no sé lo que es un dolor. Yo tengo 6 hijos y 15 nietos y 10 bisnietos. Me casé a los 17 y luego cuando me dejó mi marido me quería morir y me decía “¿pos en qué le fallé?”. Porque mi hija llevó a sobar a su papa y me dijo “mamá, ¿por qué usted no me pide para las medicinas?” “no, mijita, sólo cuando ya no trabaje”. Mi cuñada se fue de trece años con mi hermano, y le dice papá. Mi hermano (no el marido, sino el hermano con esquizofrenia) maltrató a la cuñada (ésta, que se fue de trece años) y le pegó contra la pared del baño y me dio mucho coraje con mi hermano porque ella nos ha dado mucho la mano, ella nos crió como si fuera la mamá. Yo empecé en 2007 o antes con la diabetes. Yo en mi pueblo acarreaba agua y leña, en la sierra. Pero no era cariñosa con mis hijos y ahora sí por el grupo (de diabetes). Ahora que viene la peregrinación de Matlapa a la Villita, y yo les llevo 300 tortas y atoles para la gente que viene del pueblo. Y me ayudan mis hijos y la señora donde trabajo y entonces no me siento mal, me siento constante y ya tengo diez años haciendo esto. El traía gente y mi hijo me lo pidió (que los apoyara con alimentos). Tengo una nieta con un tumor de seis kilos apenas hace tres años. La traje aquí al hospital y lo tenía en el pecho y le dije, “vente mamacita, por urgencias”. La metí y ya no salió. Le vino el sangrado de ocho meses y en la noche nació su bebé y a los tres días le operaron su pecho. Aquí (en el hospital) me siento que sé todo del movimiento, como cuando traje a mi hermano. Don José me ayudó a pasarlo con la Doctora Vargas aquí y Carmelita (la enfermera). Y la Doctora le regaló a mi hermano para un medidor de glucosa, al que le robaron a su hija. Y llegaba muy contento porque decía que oía muchas cosas en el grupo (de pacientes diabéticos). Me decía “yo troto, mijita, y me siento mejor”. Le quedaron un nieto de

quince años y uno de dos. El más grande, se quedó con él. El (el nieto del hermano), con unos amigos se metieron a robar. Y a mi hermano le quitaron su camioneta y me pidieron ayuda para sacar al nieto de la cárcel. Y mi hijo les dijo “no, mi mamá no ayuda para sacarlo de la cárcel, sólo cuando están enfermos”. Porque uno les habla bonito y no obedecen cuando uno les da consejos buenos. Yo les decía (a mis hijos) “el día que caigas a la cárcel por andar tomando, no tienes madre ni padre. Yo no te voy a volver a ver en la cárcel”. Y él ahora me dice “gracias a usted, soy lo que soy”. Yo me siento bien, me siento contenta. Pero yo no quería a los niños (ajenos), me daba mucho coraje y decía “¿por qué ellos están bien y mi niño no?”. Gracias al Hospital Infantil ahí me le daban muchas operaciones. Tiene 18 operaciones y él se arrastraba. Al último iba a ser su cadera pero no quise porque ya estaba grande. Así que yo aprendí a querer a la gente cuando mi’jo ya empezó a caminar. “¿por qué mi hijo no y otros hijos estaban sanos?” Ahora tengo ganas de venir (al grupo), me siento bien aquí. A veces madrugo para hacer mi comida porque estoy muy contenta, salgo contenta. Antes me decía la señora (su patrona) “ya no llores hija, él no quiere vivir contigo” (cuando su marido la dejó). Mi hijo el mayor me agredía mucho porque su papá se fue. Y yo le decía “tú, mijito tienes mucho rencor y tú tienes que sacarlo”. Eso lo aprendí del grupo. Y también le dije “levántate, vamos a ver a tu cuñado para que hables con él, pero yo no quiero groserías” y atrás de él lo iba presionando y no lo dejaba agredir a la gente. Y al final le dijo “¡Qué bueno, cuñado que tú me adviertes algo!” Yo recibo mucha ayuda de mis familiares, de mis hijos. Y en el hospital es una alegría traer a mis hermanos para que se atiende de sus ojos. Yo les traigo su atole y sus tortas. Yo cumplo con traerles; de salchicha, con cebolla y ajito y el atole de masita con chocolate, con cocoa. Compro un kilo. Y en el grupo para eso le enseñan a uno a hablar y a para estar uno abierto de sus cosas porque está uno ignorante. Yo hablo, toco y pido.

FIN.