

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA EXPERIENCIA DE DIABETES
MELLITUS. UN ACERCAMIENTO AL PACIENTE DEL HOSPITAL
RURAL “VENUSTIANO CARRANZA”

TESIS QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN
ESTUDIOS REGIONALES, PRESENTA:

GUILLERMO SALAZAR ARIAS

COMITÉ TUTORIAL:

DR. JORGE MAGAÑA OCHOA

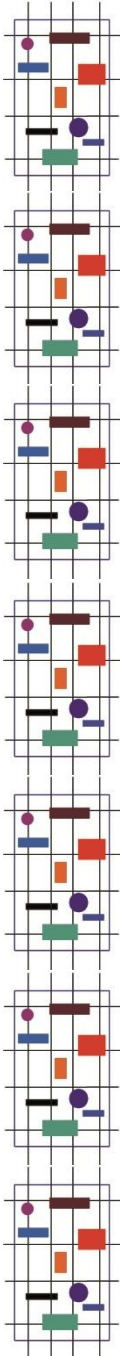
DR. ENRIQUE EROZA SOLANA

DR. OSCAR G. CHANONA PÉREZ

DRA. ISABELLE SOPHIA PINCEMIN DELIBEROS

DR. JUAN MANUEL TORRES DE LEÓN

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. FEBRERO DE 2016





**DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
 CONSORCIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
 DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES
 ÁREA DE TITULACIÓN
 AUTORIZACIÓN/IMPRESIÓN DE TESIS**



F-FHCIP-TD-016

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a 22 de Octubre de 2015.

Oficio No. TDER/268/15.

C. GUILLERMO SALAZAR ARIAS

Promoción: **CUARTA**
 Matrícula: **12162015**
 Sede: **TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**
 Presente.

Por medio del presente, informo a Usted que una vez recibido los votos aprobatorios de los miembros del **JURADO** para el examen de grado del **Programa de Doctorado en Estudios Regionales, para la defensa de la tesis intitulada:**

"ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA EXPERIENCIA DE DIABETES MELLITUS. UN ACERCAMIENTO AL PACIENTE DEL HOSPITAL RURAL "VENUSTIANO CARRANZA".

Se le **autoriza la impresión de siete ejemplares impresos y cuatro electrónicos (CDs)**, los cuales deberá entregar:

- Una tesis y un CD: Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Un CD: Biblioteca de la Facultad de Humanidades C-VI.
- Seis tesis y dos CD: Área de Titulación de la Coordinación de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades C-VI, para ser entregados a los Sinodales y a la Coordinación del Doctorado en Estudios Regionales.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"


 FACULTAD DE HUMANIDADES
Mtro. GONZALO ESTEBAN GIRON AGUIAR
 DIRECCIÓN Director (a)
 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas



DRA. NANCY LENCIA HERNANDEZ REYES
 Coordinador (a) del Doctorado en Regionales.

C.c.p.- Expediente/Minutario.
 GEGA/NLHR/mcmd*

La realización de esta investigación fue posible gracias a la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), con número de registro de becario 266715, ello durante mis estudios de doctorado en Estudios regionales en la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

DEDICO la presente obra a:

Telma, por el apoyo incondicional para concluir el proyecto, del cual esta tesis es fruto; por el tiempo ofrecido para escucharme, su incondicional optimismo, y su incuestionable aprobación a mis decisiones. Por su amor, del cual emanan sus acciones, y en buena medida mi felicidad.

Para Abril y Guillermo, sin ellos mi búsqueda de crecimiento humano no tendría razón de ser, y mi experiencia por esta vida estaría incompleta. Su particular manera de ver la vida y de vivirla, sirvieron todo el tiempo para evitar que dejara de tener los pies sobre la tierra.

No puedo olvidar agradecer a Rómulo y a Gloria, quienes desde donde se encuentran iluminan y orientan mi andar cotidiano. A María del Socorro, artífice de mi existencia, de mis convicciones y de mi formación. Sin lo cual esto no hubiera sido posible; quien por más tiempo ha creído en mí, y para quién jamás terminaré de agradecer su presencia, entrega y amor supremo.

Al tiempo que dedico a ustedes esta tesis, les ofrezco la más sincera disculpa por el tiempo que tuve que invertir para concluirla; curiosamente fueron el motivo originario de mi trabajo, mientras mi atención se distraía de ustedes mismos.

También a Rómulo de Jesús, José Felipe y Cesar José, mis incondicionales compañeros en mi paso por esta vida; a quienes a pesar de poder verlos muy poco, están presentes todo el tiempo en mi existencia.

A Adriana, Gloria, Lourdes, Karina de Jesús, Andrey y José Alberto; espero, con mi actuar, sembrar la semilla de uno de tantos caminos que pueden llevar a la satisfacción personal.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jorge Magaña Ochoa, sin el cual este trabajo no hubiera sido posible. Quedo agradecido por su peculiar e inconfundible manera de hacer su labor; y por compartir un poco de su gran sabiduría tanto académica como humana, lo cual fue trascendental en el trabajo de orientar mi esfuerzo académico.

Al Dr. Enrique Eroza Solana con quién tanto tiempo pasé en la búsqueda de aprender un poco de lo mucho que ha acumulado de experiencia; por su actitud siempre en la búsqueda de formar profesionales sensibles a las necesidades de la sociedad, sin aceptar la versión común.

Al Dr. Oscar Chanona Pérez por el tiempo para revisar mi trabajo y por los comentarios siempre en busca de un mejor producto.

A la Dra. Sophia Pincemin Deliberos, por los comentarios precisos mientras nuestro trabajo crecía; por su calidad humana, la cual resultó muy necesaria en mi formación académica.

Al Dr. Juan Manuel Torres de León, quién a pesar de haber llegado con posterioridad a mi comité tutorial, fue siempre un lector comprometido con la calidad académica.

A la Dra. Leticia Pons Bonals y al Dr. Juan Carlos Cabrera Fuente (qepd) por ser entregados y comprometidos guías, sus seminarios introductorios me proporcionaron las herramientas y el valor para transgredir los límites –aun cuando ya no sean funcionales– que a veces se vuelven obstáculos. Su aportación, aunque principalmente en el inicio de este esfuerzo, jamás dejó ni dejará de estar presente.

A la Dra. Karla Jeanette Chacón Reynosa, quién con paciencia y principalmente con ejemplo, me enseñó que el cumplimiento de un compromiso no tiene por que ser un rígido y aburrido asunto formal.

No menos importantes, a mis compañeros de esfuerzo y de experiencia, a José Miguel Barrientos Baeza, Ángeles Salto Argueta, Alma Soberano, Jorge Martínez Trejo; sin su presencia esta experiencia no hubiera sido tan llevadera y divertida.

No podría terminar estos agradecimientos omitiendo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a las personas, quienes con confianza, me prestaron su experiencia de vida, para hacer con ella un ejercicio científico. Espero con esta obra poder pagar aquello que me ofrecieron sin condición ni restricción; son ellos los verdaderos protagonistas de esta obra. Todo ello tanto a las personas que viven con Diabetes Mellitus, como a aquellas personas trabajadoras del Hospital “Venustiano Carranza”, quienes no por haber sido en algún momento mis compañeros de trabajo, estaban obligados a prestarme su testimonio. En general también a las personas oriundas de San Bartolomé de los Llanos, por haberme brindado su cercanía y amistad, con lo cual pude conocer la esencia de su pueblo.

Contenido	
INTRODUCCIÓN	11
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	16
OBJETIVOS.....	16
CAPÍTULO I CONTEXTO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO.....	18
1.1 Qué se pretende estudiar	18
1.2 Epistemología del constructo Diabetes Mellitus.....	20
1.2.1 Hacia una expansión epistemológica del concepto Diabetes Mellitus.....	31
1.3 El sujeto en lo psicosocial, una aproximación fenomenológica.....	36
1.3.1 El papel del reconocimiento yo-otro en la existencia	36
1.3.2 El papel de lo biológico en el proceso de reconocimiento yo-otro	39
1.3.3 El deseo en el proceso de reconocimiento yo-otro.....	44
1.4 La búsqueda de satisfacción de deseo y la formación de síntoma	55
1.5 La otredad, lo sociocultural: la institucionalización de lo humano.....	67
1.5 a. Producción científica.....	72
1.5 b. Cotidianeidad	77
1.6 Lo Psicosocial	85
1.6.1. La Diabetes Mellitus en el contexto Psicosocial.....	92
1.7 Resumen capitular	93
CAPÍTULO II. CONTEXTO REGIONAL	95
INTRODUCCIÓN	95
2.1 Contexto geográfico	97
2.2 Complejidad histórica de la región.....	101
2.2.2 Vivencia tradicional histórica que liga lo religioso a lo mórbido	132
2.2.3 Ser hombre y ser mujer, su vínculo con la institución y la lucha.....	139

2.3 Nuestra historia profesional en la región.....	145
2.3.1 Nuestra labor en el Hospital Rural “Venustiano Carranza”.....	152
2.3.1.a El testimonio profesional, la práctica clínica y la teoría.	159
2.4 La región insumisa como precedente mórbido psicosocial.....	160
2.4.1 Región insumisa	161
2.4.2 Insumisión y morbilidad psicosocial.....	170
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	183
INTRODUCCIÓN	183
3.1 Estrategia Metodológica.....	184
3.1.1 Alcances y limitaciones de esta estrategia	187
3.2 Aspecto técnico	191
3.2.1 Paradigma interpretativo	192
3.2.2 Epistemología subjetivista.....	194
3.2.3 Enfoque teórico y método (marco de análisis) fenomenológico	196
3.2.4 Técnica de entrevista a profundidad.....	198
3.2.5 Entrevista semiestructurada.....	201
3.3 Universo de estudio	203
3.3.1 Recolección de información.....	208
3.3.2 Herramienta.....	210
3.4. Observación cotidiana y Diario de campo	211
3.6. Análisis de datos.....	212
3.6.1 Cualidades analíticas de lo psicosocial emanadas del análisis testimonial (Tiempo y espacio como condicionantes de lo psicosocial).....	213
3.6.1.1 Proceso de construcción de las cualidades analíticas de lo psicosocial	214
3.6.1.1.a Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus.....	216

3.6.1.1.b Control / Manejo del fenómeno mórbido.....	220
3.6.1.1.c Digamos / Actualización generacional fenomenológica	222
3.6.1.1.d Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático.....	224
3.6.1.1.e Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad	228
CAPITULO IV. TESTIMONIOS DE PERSONAL DEL HOSPITAL VINCULADO A LA ATENCIÓN DE DIABETES.....	231
4.1 Análisis de los testimonios individuales de personal del hospital, con técnica de entrevista semiestructurada.....	232
4.1.1 Residente de Medicina interna. Dr. Escalante.....	232
4.1.2. LTS. Morales.....	242
4.1.3 PAC. Díaz.....	252
4.1.4 Dr. Chiñas.....	260
4.1.5 Lic. Velázquez (Nutriólogo)	272
4.2 Análisis de las categorías identificadas.....	282
4.3 La experiencia de Diabetes Mellitus en palabras del personal médico.....	286
CAPÍTULO V. TESTIMONIOS DE PACIENTES CON DIABETES.....	288
5.1 Análisis de los testimonios individuales con técnica de entrevista a profundidad adaptada con asociación libre.....	289
5.1.1 Gloria.....	289
5.1.2 Caralampia.	308
5.1.3 Manuel.....	322
5.1.4 Eleazar	342
5.1.5 Martha	360
5.1.6 Julio	374
5.2. La experiencia de Diabetes Mellitus en palabras de quienes la viven.	382
CAPÍTULO VI. CONTRASTACIÓN ANALÍTICA	386

6.1 Las categorías y las cualidades.....	386
6.1.1 Biomedicina institucionalizada	388
6.1.2 Actuar médico en incertidumbre	388
6.1.3 Alimento psicosocial	389
6.1.4 Angustia fenomenológica.....	390
6.2 Integración conceptual de las categorías hospitalarias con las cualidades de lo psicosocial	391
COROLARIO.....	397
REFERENCIAS	407
LISTA DE ILUSTRACIONES	423
LISTA DE FOTOGRAFÍAS.....	424
LISTA DE TABLAS DE CONTENIDO	426
APÉNDICES	427
1. Guión de entrevista semiestructurada a personal de profesión biomédica.....	427
2. Guión de entrevista semiestructurada a personal no-médico del área médica	428
3. Guión de entrevista a cronistas de la localidad	429

INTRODUCCIÓN

PALABRA

... Palabra ya sin mí, pero de mí,
como el hueso postrero,
anónimo y esbelto, de mi cuerpo;
sabrosa sal, diamante congelado
de mi lágrima oscura.

Palabra, una palabra, abandonada,
riente y pura, libre,
como la nube, el agua,
como el aire y la luz,
como el ojo vagando por la tierra,
como yo, si me olvido...
(Paz, 1997).

DEL DOLOR

Había sido escrito en el primer testamento del
hombre:
no lo desprecies porque ha de enseñarte
muchas cosas.
Hospédalo en tu corazón esta noche.
Al amanecer ha de irse. Pero no olvidarás lo
que te dijo desde la dura
sombra.
(Sabines, 2012)

El presente trabajo es un recorrido analítico que explora básicamente la existencia humana y las vicisitudes de su manifestación como son su nacer y su desaparición biológica; pero también su paso por una realidad inmaterial y simbólica que precede y subsiste a esos dos momentos. Particularmente este trabajo se interesa por el fenómeno morboso denominado *Diabetes Mellitus*; en vista de que dicho fenómeno ha encendido los focos rojos y los sonidos de alarma en todo el mundo por sus altos y crecientes índices¹. Las alertas disparadas respecto del fenómeno no radican solo en el número de personas que presentan el fenómeno, sino en buena medida por el novedoso movimiento evolutivo que ha presentado hacia otras etapas de la vida humana como son la juventud y la infancia; de esa forma lo que se consideraba hace algunas décadas un problema de la vejez, ha escalado peldaños hacia las etapas iniciales de la vida humana.

¹ Con datos de 2013 se calcula que México ocupa el 6° lugar mundial de casos de diabetes en personas entre 20 y 70 años, solo por debajo de China, India, Estados Unidos, Brasil y la Federación Rusa. Se calcula que para 2035 el fenómeno mórbido se incrementará en un 55%. Ello de una lista de países que comprenden la Federación Internacional de Diabetes (IFD, 2014).

Un aspecto que emerge directamente del fenómeno, que llama poderosamente nuestra atención, y que resulta trascendental en nuestro planteamiento, es el gran *sufrimiento* humano al que el fenómeno conlleva, durante su fase aguda o en su fase crónica. Éstas últimas no representan para nosotros un interés metodológico particular; todo lo contrario en el caso del primero, puesto que su presencia tiene la capacidad de develar o descubrir una especie de registro evolutivo para un fenómeno que se adquiere por mecanismos no-infecciosos. Por otro lado, tanto en la configuración, como en los elementos que participan en ese proceso, se encuentran las claves que permiten comprender la manera como el sujeto se enfrentará, a lo que el padecimiento demanda una vez que se encuentre presente; es decir para el momento actual en que a ellos nos acercamos con el fin de estudiar el fenómeno que vivencian.

Este ejercicio analítico se realiza tomando como punto de partida un conjunto de elementos teórico-conceptuales que han estado todo el tiempo presentes en el *terreno científico*; que en este contexto es necesario decirlo, es un terreno inhóspito en el cual se discuten ideas, teorías, propuestas, posturas. Sin embargo, lo que llama la atención de ese terreno, es que antes que nada se discute la pertenencia y administración del adjetivo científico, lo cual cada disciplina ejerce, sobre la porción de realidad por ésta misma construida, delimitada y conceptualizada.

La realidad sobre la diabetes no sería la misma si las diferentes voces al respecto terminaran en un trabajo integrativo; por el contrario lo que resulta de la realidad actual es un trabajo de reducción aislado en cada disciplina, respecto de la realidad planteada, es claro que en algunas más que en otras. Lo cual nos conduce a deducir que buena parte del problema que venimos de describir es de orden epistemológico, además de teórico.

En esa arena del debate se encuentra el individuo y lo que de éste deriva –cuando menos en orden numérico–, es decir los grupos humanos, la cultura, la institución, etcétera. A pesar de que éstos no dejan de ser constructos necesarios en el trabajo científico, también son conceptos fundamentales sobre los cuales, buena parte de las disciplinas, coinciden como elementos básicos.

Nuestro esfuerzo renunció desde su inicio a la discusión de esos conceptos en los términos minimizantes mencionados, por considerar que es ya conocido el destino al que conduce una discusión en esas condiciones; más nunca ha renunciado a la inclusión de dichas ideas en nuestro análisis y en los términos epistemológicos aquí planteados.

Proponemos una visión basada en conceptos con cierta trayectoria como es el caso de lo *psicosocial*; históricamente dicho concepto ha sido utilizado como objeto accesorio a consecuencia de una lenta manipulación epistemológica, que ha conducido a su moldeamiento por parte de las disciplinas científicas que hoy son denominadas hegemónicas, en el ámbito del estudio de los fenómenos morbosos.

Precisamente las inquietudes que nos llevaron a plantear las interrogantes que sustentan esta investigación, surgieron del contexto clínico hospitalario, del cual fuimos parte como psicólogo clínico en un equipo de salud; es por la experiencia laboral, que tuvimos oportunidad de vivenciar en esos años, que encontramos conveniente la utilización de un concepto que ha surgido de ese terreno científico clínico, el cual porta a su vez buena parte de los elementos que la práctica clínica ofrece, pero que no coincidió o no se prestó, a las formas estandarizadas exactas que exige el modelo metodológico utilizado en la práctica médica. Retroactivamente entonces, lo *psicosocial* fue un residuo de desecho en el trabajo con lo humano, desechado por las prácticas médicas, se trata de ese mismo concepto al que hoy encontramos útil en nuestro trabajo.

Por lo que a nosotros toca hemos practicado sobre ese concepto, un ejercicio epistemológico que nos ha permitido, por así decirlo, sustraerle lo reductivo y añadirle lo que consideramos útil, en el afán de vitalizarlo para su incorporación en el trabajo analítico, de una realidad humana bastante golpeada, por la violencia epistemológica manipuladora de las biociencias –y de las prácticas político-económicas que se encuentran detrás de éstas–, a las que consideramos de utilidad amplia en un primer sentido teórico, pero reducida en un segundo sentido epistemológico. Por ello proponemos lo *psicosocial* como el complemento idóneo para comprender la *Diabetes Mellitus* en seres biopsicosociales; es decir la apuesta es a deconstruir el fenómeno tanto en el primer como en el segundo sentido.

Dicha propuesta nos facilita, a través de las herramientas conceptuales, la introducción a la vivencia ordinaria de los sujetos a estudiar; la utilización del concepto *psicosocial* resultó un reto, ello al momento de involucrar en nuestro universo analítico, las ideas y conceptos que provienen de los trabajos sobre globalización, así como de los fenómenos mediáticos que en ésta intervienen. Consideramos que ese problema pudo ser bien librado, sin sacrificar credibilidad ni seriedad, a través de una estrategia metodológica que considera antes que nada la voz de los sujetos; concebidos primero que nada como seres vivientes, en cuya experiencia se encuentra el

saber, tanto consciente como inconsciente acerca de la inherencia del sufrimiento a la existencia y a la finitud de la vida.

A su vez esta obra construyó un marco de referencia regional, el cual acota los principales hechos interdisciplinarios, que pudieran afectar la realidad actual del grupo social estudiado. Dicho concepto de región, nos ayuda a delimitar nuestros resultados, dentro del océano de conceptos y teorías que son generados actualmente. La ausencia de dicho concepto de región, haría que nuestras conclusiones se perdieran entre el relativismo y la generalización; cualquiera de éstos tiene la potencialidad latente de invalidar cualquier propuesta teórica por novedosa que sea, por el simple hecho de no funcionar en su aplicación en un grupo humano distinto.

Lo que denominamos aquí *región insumisa* es producto de nuestras observaciones, investigación y del análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo; en términos conceptuales, es el resultado de un lento y frío ejercicio de sujetos –siempre al amparo de las– e instituciones que pueden rastrearse desde el periodo de conquista y colonia española, pasando por la independencia de México, la federalización de Chiapas a México y la revolución mexicana, de cuyos efectos Chiapas permanece por un tiempo disociado. En la definición de la región, consideramos que otras regiones como las que representan las poblaciones, casi puramente tsotsiles o tzeltales de los altos como San Juan Chamula o Zinacantan, comparten algunas características como el origen común de las lenguas mayenses, y una marcada desadaptación a la dinámica gubernamental; pero a su vez presentan hoy un desarrollo, tanto lingüístico como psicosocial diferenciado.

El vínculo que une a la región con la *Diabetes Mellitus*, se establece en la conformación de elementos de orden psicosocial, que como resultado de la realidad histórica, permitieron que floreciera lo que hoy es la insumisión de un grupo social, que defiende sus ideales a cualquier costo, incluso al de su propia integridad y/o vida. Es precisamente en la defensa del ideal institucional, representativo de su grupo social, que el cuerpo del sujeto cuyo origen es Venustiano Carranza, encarna, estructura o configura la predisposición para la manifestación individual –diabética– de una realidad social. No podría pasar desapercibido que el Municipio de Venustiano Carranza alberga también una región cañera –circundante a la ciudad de Pujilic y contigua a la cabecera municipal–, con un dinamismo económico singular, pero que forma parte también de una historia de manipulaciones caciquiles añeja, que hoy mantiene esa potencialidad

económica en el dominio de unos pocos, mientras la mayoría permanece en la pobreza que caracteriza al municipio.

Finalmente, en el esfuerzo de facilitar la comprensión de las discusiones y exposiciones que consideramos necesarias, a lo largo de todo el documento ofrecemos un conjunto de ilustraciones, gráficos y fotografías, las cuales esperamos sean útiles al lector, durante la revisión de esta obra, éstas tienen el único fin de acompañar visualmente el desarrollo teórico-conceptual, por lo que sugerimos detenerse en éstas para hacer la lectura menos abstracta.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN²

General

¿Qué implicaciones psicosociales intervienen en la vivencia del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, en pacientes usuarios del hospital “Venustiano Carranza”?

Específicas

1. ¿Cuáles son los elementos psicosociales presentes en la vivencia de *Diabetes Mellitus*?
2. ¿De qué manera los elementos psicosociales conducen a la formación del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*?
3. ¿En qué términos la experiencia vivencial del individuo con *Diabetes Mellitus*, permite reconstruir su proceso adquisitivo?

OBJETIVOS

General

Determinar las implicaciones psicosociales intervinientes en la vivencia de *Diabetes Mellitus*, a partir de una visión interdisciplinaria que tome como principal fuente de saber la experiencia vivida de los sujetos residentes de la cabecera municipal y usuarios del hospital “Venustiano Carranza”.

² Estas preguntas de investigación son los cuestionamientos rectores que guiaron el proceso por el cual la investigación pretendió problematizar la temática y responder sus preguntas; su presencia en este documento influyen, sin lugar a dudas, la totalidad del contenido, sin embargo no deberán confundirse en lo subsecuente con algunos cuestionamientos que se irán abriendo gradualmente en el contexto interno de las temáticas abordadas, y que tendrán como único fin aportar los ingredientes que se necesitan para una completa y amplia discusión. La presencia de esos otros cuestionamientos no pretenderán sustituir estas preguntas de investigación, las cuales se encuentran como tales exclusivamente en este inicio del documento, así como al final para su respuesta.

Específicos

1. Discriminar los componentes psicosociales que intervienen en la vivencia de *Diabetes Mellitus*.
2. Comprender los procesos a través de los cuales los componentes psicosociales conducen a la formación del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*.
3. Explorar la capacidad reconstructiva del análisis de la vivencia individual, acerca del fenómeno *Diabetes Mellitus*.

CAPÍTULO I CONTEXTO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO

1.1 Qué se pretende estudiar

El presente trabajo pretende analizar la dimensión psicosocial, demarcándolo de la biológica mediante herramientas conceptuales y metodológicas diferentes; con la finalidad de abstraer de ese ámbito la intervención de lo psicosocial en el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*. Podría impugnarse críticamente nuestras pretensiones, con el argumento de que el ser humano es una totalidad biopsicosocial y pensarlo en términos psicosociales, –para el caso de un fenómeno mórbido– sería fragmentar o separar algo inseparable³; sin embargo encontramos que esa separación o dicotomía ya es operativa y la conceptualización biomédica actual se fundamenta en ella. Por lo que nuestra propuesta apunta a construir un ejercicio complementario de los desarrollos existentes, que en la medida en que se encuentran –epistemológica, teórica y metodológicamente– fragmentados, resultan con un alto grado de inutilidad para enfrentar la enorme problemática mórbida humana actual.

Todo lo contrario sucede si estudiamos al sujeto desde el punto de vista filosófico, psicológico, social y cultural; y desde esa intelección se interpreta lo que nos ha sido dado como producto de una realidad biológica.

De ello se deriva entonces que el objeto de estudio de la presente investigación son los contenidos de orden psicosocial, que en el sujeto participan durante la vivencia del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*. Partimos del supuesto que podemos tener acceso a esos elementos a través del lenguaje en sus diferentes componentes, y en sus diversas intelecciones disciplinarias. Es en ese hablar que se encuentra la configuración que orienta, y a su vez explica su actuar pasado, y presente; una vez llegado a ello solo resulta necesario el análisis interpretativo dentro de un marco referencial del mismo sujeto y su dimensión psicosocial, lo cual ineludiblemente comprenderá su ámbito sociocultural, en tanto que portador de éste.

Mediante la entrevista a profundidad pretendemos dilucidar del habla libre –es decir con la única indicación de hablar sobre su vivencia con *Diabetes Mellitus* –, los elementos psicosociales que pueden dar cuenta de la situación biológica, y en alguna medida de la situación social de la *Diabetes Mellitus*.

³ Como lo muestra la visión religiosa o cartesiana en la que el cuerpo está separado del alma o la mente

Es necesario adelantar que el grado de complejidad al que aspira este esfuerzo académico en su abordaje interdisciplinario es alto, y su intelección no resulta fácil sin los elementos contextuales necesarios. Por ello nos adelantamos a exponer algunos aspectos que podrían considerarse aspectos psicosociales, estos pueden ser el actuar humano, que podría ir desde, el gusto por determinada conducta alimentaria, por fumar, por beber alcohol, por realizar o no deportes, por vivir de este u otro oficio o profesión, hasta su conducta frente a las demandas sociales como la racionalidad, la paternidad, el apego a la moralidad y al marco jurídico, cánones religiosos, etcétera; aun cuando esos ejemplos pretendieran responder las interrogantes centrales no alcanzarían a matizar suficientemente el contexto social en que suceden. Aquello que dirá cuáles de esas prácticas, en el actuar cotidiano, están implicadas en la experiencia de *Diabetes Mellitus*, será la configuración específica de cada individuo –la selección de términos, la recurrencia a éstos, el contenido simbólico que éstos contienen, etcétera–, lo cual no será posible conocer, hasta escuchar y analizar dicho discurso individual (habla); dicho de otra manera el vehículo a través del cual tendremos acceso a lo psicosocial en el individuo será principalmente el habla; en ésta se discriminarán los elementos psicosociales propios de esta región geográfica de estudio: La cabecera municipal de Venustiano Carranza, Chiapas. En vista de que se trata de un estudio perteneciente a la línea de los Estudios Regionales, comprenderá también una contextualización regional que provendrá principalmente del análisis bibliográfico, de observaciones etnográficas, y del testimonio personal acerca de nuestra práctica clínica.

En 2001 el antropólogo médico de origen argentino Eduardo Menéndez, expresaba su inconformidad con el silencio y evasión del antropólogo médico a la discusión de las temáticas médicas dominantes en sus propios términos, salvo por la sociobiología; atribuía éstos a limitaciones o desinterés. Al tiempo denunciaba que la producción de sus colegas, se desenvolvían como si la ingeniería genética no existiera, el cólera fuera solo una metáfora y el SIDA solo un problema cultural.

Tomando la anterior opinión como referente nos adentramos al territorio del dominio biomédico en el afán de desentrañar los códigos internos sobre los que se fundamenta el constructo *Diabetes Mellitus*.

1.2 Epistemología del constructo Diabetes Mellitus

Los términos en que se inicia esta discusión no deberán desalentar al lector por encontrarlos propios del campo biomédico; consideramos que es en esos términos en los que se debe iniciar la revisión de los conceptos, puesto que en esos términos se encuentra construida la teoría. A pesar de utilizar los mismos términos teóricos, no seguiremos las rutas discursivas propuestas por éstas; en cambio pondremos a discusión su pertinencia y apertura al campo científico interdisciplinario. En su momento haremos mención tanto de los componentes conceptuales presentes en la teoría, así como de aquellos que están presentes solo en la clínica biomédica, sin un argumento verdaderamente válido en el aspecto teórico. Creemos que la recurrencia del discurso biomédico a ciertas herramientas teórico-prácticas en un vínculo poco claro –como la farmacología–, tienen la capacidad de explicar por sí solas la situación actual –descontrol– de los fenómenos mórbidos como el que aquí nos ocupa.

En la lógica científica biomédica la *Diabetes Mellitus* es una denominación categorial patológica, objeto de una subdisciplina denominada nosología⁴. Se trata de una designación descriptiva pues proviene de la etimología *dia*: a través; *betes*: pasar. En la antigüedad era utilizada para nombrar a personas que producían grandes cantidades de orina. El siglo pasado se agregó *mellitus*⁵: miel (Chiquete, Nuño y Panduro, 2001). En ese entramado de ramificaciones biomédicas y significaciones nosológicas la consideraremos en nuestro afán epistemológico como un objeto de conocimiento; adentrándonos en ese ejercicio y buscando mayor especificidad la consideraremos un grupo determinado de elementos dados, es decir un constructo⁶ multidisciplinario sobre el cual dirigiremos nuestra atención.

Por lo anterior hasta este punto es posible considerar a la *Diabetes Mellitus* como un fenómeno patológico –en sentido disciplinario–, cuya construcción teórica pertenece al conjunto de disciplinas biomédicas, también llamadas simplemente biomedicina y legitimada por

⁴ Encargada de la descripción, explicación, diferenciación y clasificación de las enfermedades y procesos patológicos

⁵ El año 1922 es la fecha en que se sintetiza la insulina siendo posible así entender el papel de la glucosa en el fenómeno diabético; a raíz de ese descubrimiento se encuentra idóneo designar *mellitus* al tipo de diabetes causada por su compromiso con la glucosa.

⁶ También llamado Construcción lógica por Abbagnano (2008), es aquella entidad sistemática de orden cuantitativo o cualitativo cuya existencia se cree confirmada pues proviene de una existencia *sistemática* y *analítica*, y por ello se infieren como reales. En ese orden epistemológico un constructo puede verse ampliado en la medida en que sus límites sistemáticos y analíticos también se vean ampliados.

instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (FID).

El modelo biomédico tiene sus raíces históricas en el dualismo cartesiano que puede fecharse en 1641, año en que se publica la idea de dualismo *res extensa - res cogitans*⁷, ese momento es importante para la independencia del espíritu científico pues a partir de ese hecho la Iglesia, institución que administraba la única verdad posible, podía conservar el control sobre el alma⁸, mientras que la ciencia lo hacía del cuerpo.

Aunque comúnmente se utiliza el singular para referirse a ésta, se trata más específicamente de una comunidad disciplinar en la que participan tanto ciencias clásicas – anatomía, fisiología– como otras relativamente jóvenes; algunas han cobrado gran importancia en las últimas décadas, como es el caso de la genética. La biomedicina es una disciplina que “sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas” (Labiano, 2010, p.7); dicho en sus propios términos la explicación etiológica –causa de la enfermedad– estará siempre marcada por una lógica fisiopatológica.

Es así como respecto del constructo *Diabetes Mellitus* la biomedicina ha sido su constructor; en ese proceso mientras su denominación, clasificación, estudio y tratamiento⁹ fueron su meta; patología, fisiología, nosología, diabetología y terapéutica, entre otros han sido sus artífices.

En ese proceso constructivo han tenido un papel determinante algunas instituciones con influencia nacional así como internacional; el papel de éstas ha sido decisivo en la situación actual del constructo. Al término de los años 70 no era posible consensar una definición de la enfermedad; tampoco lo era para coincidir en los criterios para su diagnóstico. Eso se modificaría dos décadas después cuando la OMS propuso, en 1997, los criterios aún vigentes en la actualidad; a su vez el organismo internacional basó su propuesta en el estudio realizado dos años antes por especialistas de la Asociación Americana de Diabetes (AAD) (Rachel et al. 2009).

Esa dificultad consensual para concebir lo que realmente es un objeto interdisciplinario, nos permite observar una historia biomédica de diversas construcciones conceptuales

⁷ Alvarado alude a un grupo de ideas dualistas concebidas en sistemas disciplinarios diversos pero que hacen alusión al mismo principio, éstos son mente-cuerpo, alma-cuerpo, psiquis-soma (Alvarado, 2011).

⁸ Llama la atención el grado de vinculación de la concepción teológica como aliciente para enfrentar la morbilidad diabética incluso en la actualidad.

⁹ Con seguridad los dos últimos generarán inconformidad, puesto que en la medida en que el fenómeno una vez que emigra a otras disciplinas corre la suerte de ser concebido de diferente forma, polémica que será abordada más adelante.

diferenciadas: la corporalidad biológica, fisiológica, bioquímica, genética, psiquiátrica, metabólica, terapéutica, etcétera. Lo que ha permitido la funcionalidad del conocimiento biomédico a esas luces ha sido –como lo demuestran los hechos– la intervención de instancias cuya función obedece a intereses regulatorios y normativos, más que científicos como la OMS y la AAD. Lo cual nos lleva a entender que la biomedicina no se constituye en torno a un saber, sino es un conjunto de conocimientos fragmentarios cuya desarticulación hace difícil el consenso interdisciplinario.

La desarticulación mencionada puede observarse con claridad en el proceso clínico-práctico de derivación, en el cual el médico general –práctica cada vez más escasa– reenvía al paciente con el médico especialista –el cual a su vez tiene la opción de recurrir al escudriño biomédico por medios tecnológicos–; cada uno de esos agentes biomédicos posee el dominio de un conocimiento hiperespecializado que no representa sino una porción –magnificada– de la realidad integral del individuo. Aunque cada una de esas porciones pudiera considerarse reflejo de una naturalidad individual, no es conceptualizada y/o construida sino en los términos teóricos disciplinarios y subdisciplinarios, y más aún regulatorios. Al respecto tenemos que:

Antes de ser tomada en el espesor del cuerpo, la enfermedad recibe una organización jerarquizada en familias, géneros y especies. Aparentemente no se trata más que de un ‘cuadro’ que permite hacer sensible, al aprendizaje y a la memoria, el copioso dominio de las enfermedades (Foucault, 2009, p. 18).

Cualquier construcción biomédica entonces, es antes que nada conceptualización que puede ocuparse de definir aspectos descriptivos, funcionales y diferenciales como lo muestra la organización jerarquizada mostrada líneas arriba por Foucault; todo ello antes de entrar en materia humana.

En la búsqueda de una ruptura epistemológica, nos adentramos a los aspectos más relevantes del edificio conceptual sobre el que está construida la teoría del fenómeno *Diabetes Mellitus*; analizaremos sus componentes epistémicos en el afán de clarificar, en la medida de lo posible, el camino sobre el que construiremos nuestra propia propuesta.

Una primera clasificación obedece al orden fisiológico, ésta indica que se trata de un suceso endócrino y metabólico, en el cual se involucra el procesamiento de los nutrientes; es decir su utilización para sustentar la vida biológica, específicamente la glucosa –cuya denominación coloquial es azúcar–. La explicación biomédica a la mecánica del fenómeno,

también denominada fisiopatología se reduce a tres hechos básicos: hiperglucemia crónica¹⁰; resistencia a la insulina¹¹ y defecto en la secreción de insulina¹² (Pérez, 2009). La entidad fisiológica considerada central en la comprensión de la enfermedad es el páncreas en el cual sucede la tercera de las tres características.

El componente genético juega en esa intelección un papel importante, ya que en ese conjunto de trastornos metabólicos se “comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de *Diabetes Mellitus* [mencionados en la nota al pie 12] debidos a una compleja interacción entre genética y factores ambientales¹³” (Powers, 2009, p. 2275). En otras palabras la manifestación fenotípica desencadena un conjunto de hechos fisiopatológicos que se pueden ser identificables en la corporeidad fisiológica, cuya existencia no obedece estrictamente a ese mismo orden biológico, sino que a éste se le debe agregar la influencia de la enorme complejidad de componentes que participan en lo que se denomina ambiente.

El constructo biomédico *Diabetes Mellitus* pasa entonces al terreno de la multicausalidad; su entrada a este terreno muestra limitantes analíticas e inconsistencia sistemática, es decir las dos cualidades sobre las que se sustenta un constructo epistémico. Buena parte de los objetos de conocimiento que constituyen la otredad se ubican fuera de la intelección y dominio biomédico; por ello, tanto su intelección, como su intervención en esos factores permanecen en el campo de la incertidumbre científica. Tenemos así que circunstancias antropológicas, psicológicas, sociológicas, históricas, políticas o económicas de una localidad que influyen en el individuo de una región particular quedan excluidas en el escrutinio nosológico al ser materia ajena al conocimiento biomédico.

A su vez el fenómeno es concebido en la nosología biomédica como enfermedad crónico-degenerativa. La inclusión en esta clasificación radica en que su emergencia adquiere la cualidad de irreversible y una vez que se presenta no hay retroceso o involución; el fenómeno una vez que

¹⁰ A raíz de esa definición el criterio esencial es modificado el cual pasó de ser de 126 en lugar de 140 mg/dl de glucosa en ayuno (Rachel et al., 2009). Se considera que a raíz de esa modificación de criterio tuvo un aumento la prevalencia. Con ello establecemos que el criterio médico dista mucho de ser un objeto inmanente y confiable del todo para el diagnóstico.

¹¹ Rechazo de los órganos que ordinariamente absorbían insulina por efecto de las alteraciones metabólicas.

¹² La cantidad de insulina que ordinariamente se producía en situación no diabética se modifica, suspendiéndose completamente en el tipo I, siendo insuficiente en el tipo II y siendo ineficiente en el tipo gestacional.

¹³ Ambiente del latín *ambire*: rodear. Se considera la “suma total de todas las condiciones y elementos externos capaces de influir en el desarrollo y actos de un individuo” (Dorland, 2003, p. 86). Dicho de otra manera el ambiente para la lógica médica es todo aquello que puede diferenciarse de la biología fisiológica humana, es decir las personas, las condiciones socioculturales, en alguna medida la otredad.

aparece acompañará al sujeto el resto de su vida, independientemente de cuan corta o larga sea ésta.

La cronicidad mostrada por el fenómeno involucra una de las dos dimensiones filosóficas humanas: el tiempo. Ésta es una de las dimensiones trascendentes del fenómeno; y las modificaciones mostradas en las últimas décadas han permitido conocer una dimensionalidad anteriormente desconocida.

Hasta hace algunas décadas la *Diabetes Mellitus* era considerada fenómeno propio de individuos en la vejez. Mientras que en la actualidad ha comenzado a presentarse en grupos etarios iniciales, es decir en la infancia y la juventud.

La extensión mostrada recientemente en su temporalidad acorta por otro lado la consistencia de los argumentos biomédico clásicos. Dichas argumentaciones indicaban que la aparición del fenómeno era consecuencia de la multicausalidad ya mencionada, además de una especie de desgaste biológico natural; éstos en la actualidad pueden descartarse, o al menos considerarse insuficientes por sí solos.

Si el fenómeno deja de ser exclusivo del individuo anciano entonces surgen otras interrogantes; en los niños y jóvenes no está presente el desgaste orgánico crónico propio de la vejez, puesto que en ese grupo etario la biología se encuentra en desarrollo evolutivo y no decreciente como en el caso de la vejez.

Emerge una vez más la fragilidad de la capacidad de respuesta argumentativa biomédica, lo cual ha volcado la atención hacia disciplinas como la genética en la búsqueda de explicaciones que no dejan de permanecer a su círculo metodológico positivo; de esa manera se deposita en los hombros de una disciplina joven aunque prometedora, la ceguera con que el conocimiento biomédico enfrenta la contingencia ocasionada por el incremento alarmante del fenómeno en los sistemas de salud.

La posición en el tiempo en que aparece el fenómeno *Diabetes Mellitus* ha mostrado modificaciones recientes, a pesar de ello tienen lugar características comunes que preceden ese momento, en materia fisiológica son la intolerancia a la glucosa y el déficit en su producción. Por otro lado se encuentran los predisponentes estadísticos: el incremento del volumen corporal –el sobrepeso y la obesidad–. Su presencia es denominada estadísticamente como factores de riesgo¹⁴

¹⁴ Un factor de riesgo es una característica asociada al surgimiento de una enfermedad (Banegas Banegas, J.R *et al.* 2008), en el caso específico de la Diabetes Mellitus un factor de riesgo es la circunferencia abdominal, el sobrepeso o la obesidad, etcétera.

y son también considerados predisposición¹⁵. En el individuo con obesidad hay predisposición –probabilidad– a la *Diabetes Mellitus*, aunque es posible identificar personas con el fenómeno que nunca fueron obesas. En este caso la certeza estadística no es más que un cálculo numérico, que puede ser posible para el individuo como puede no serlo¹⁶.

De esa manera la vida cotidiana, en especial el comportamiento alimenticio es cargado de significación patológica por cuenta de la epidemiología¹⁷ biomédica. El vínculo obesidad-diabetes, que no es sino estadístico, sirve de fundamento para las –muy criticadas– acciones gubernamentales dirigidas a controlar la alimentación en espacios públicos como restaurantes¹⁸, escuelas, etc. Recientemente se han dado a conocer estudios que muestran que las familias que reciben transferencias económicas gubernamentales, como las del programa Oportunidades¹⁹, invierten buena parte del dinero recibido en alimentos “chatarra”; ello permite observar un giro brusco que hizo pasar a buena parte de esas familias de la desnutrición a la obesidad (Rodríguez, 2014) véase ilustración 1. Ello devela una desarticulada intelección de los fenómenos mórbidos, entre ellos la diabetes –la insuficiencia de criterios como la medición del peso corporal convertidos en probabilidad, para entender el fenómeno mórbido a profundidad– lo que se traduce en una irrisoria efectividad en las acciones oficiales orientadas a prevenirlo.

¹⁵ El concepto predisposición hace referencia a una probabilidad estadística que considera cercano un caso determinado (un individuo en particular) a un fenómeno o estado de éste, de acuerdo al comportamiento de una agrupación de casos con cierta similitud, como lo son los antecedentes genéticos hereditarios acerca de *Diabetes Mellitus*. Sin embargo la predisposición no tiene la capacidad de indicar en ningún momento si esa cercanía numérica se volverá real (Greenberg, 2002). No hay ninguna seguridad de que una persona con antecedentes genéticos hereditarios de diabetes vaya a evolucionar en diabético. Se trata pues de un indicador que bien puede prestarse a prejuicio moral suponiendo que el parentesco es patológico, lo que podría llevar a los individuos que caen en esa categoría a pasar por condiciones especiales (evidentemente discriminatorias) en el proceso de atención biomédica.

¹⁶ Ello abre una discusión vigente en las disciplinas humanas y sociales en que se fundamenta en la diferenciación excluyente y estigmatizadora del obeso como enfermo. Como veremos esa designación institucional tiene implicaciones políticas y económicas que no se pueden pasar por alto, y que discutiremos más adelante.

¹⁷ La epidemiología es la rama biomédica que se ocupa del “estudio de la distribución y los determinantes de la frecuencia de enfermedad en poblaciones humanas” (Hernández Aguado, I.; Gil de Miguel, A.; Delgado Rodríguez, 2011, p. 41).

¹⁸ Recientemente se han visto en aumento diferentes acciones legislativas, informativas, promocionales; periódicas o permanentes orientadas a gravar las bebidas endulcoradas, prohibir las de gran tamaño, sugerir el retiro de saleros de las mesas en restaurantes, así como campañas gubernamentales de fomento a la pérdida de peso y la actividad física (SSA, 2015).

¹⁹ que recientemente ha modificado su nombre a Prospera. Sin embargo conservamos el nombre vigente durante la mayor parte de la ejecución de nuestra investigación.



Ilustración 1. La planeación gubernamental para la atención de la pobreza está teniendo resultados contraproducentes, ya que la población basa su alimentación en galletas, sopas instantáneas y refrescos. Ilustración de EKO. Recuperada de eluniversal.com.mx (2014)

Hechos como esos emergen a la realidad cotidiana mostrando que la intelección biomédica acerca de la *Diabetes Mellitus* podrá ser muy profunda en materia biológica, pero a su vez es muy superficial en sentido interdisciplinario, puesto que “aunque no está totalmente demostrado, diversos estudios destacan el papel que algunos agentes víricos, dietéticos, tóxicos, o hábitos de vida desempeñan en la activación de la respuesta inmune”[insulinorresistencia] (Castaño y Vidal, 2010, p. 1958). Todo ello deja ver la perspectiva biomédica deductiva no hace sino trasladar lo numéricamente dominante a cada individuo sin que cada uno de ellos lo demuestre; por el contrario no tiene la capacidad de ofrecer un análisis inverso es decir indagar en las particularidades, no solo biológicas, sino psicosociales del individuo en particular.

Aunque con poca resonancia el lugar que la categoría nosológica ocupa en la actualidad ha sido puesto en tela de juicio, los motivos que sustentan esa crítica son mínimamente epistemológicos y principalmente manipulatorios en beneficio del mercado. La calificación del fenómeno como epidemia ha sido cuestionada; sus detractores argumentan que epidemia es aquel fenómeno que ingresa a una región del exterior, además es necesario que suceda a consecuencia de contagio o transmisión de un agente que compromete la inmunidad. Por ello para el caso de *Diabetes Mellitus* se habla de una epidemia teórica basándose en su incidencia. Lo cual lleva a

otra discusión puesto que “estudiar la prevalencia no es determinar si el fenómeno existe como tal, más bien es discernir su amplitud y darla a conocer” (Rachel et al. 2009, p.6). Tenemos entonces que la etiquetación del fenómeno como epidemia tiene, más una finalidad mediática que médica; de esa manera la presencia de acciones *institucionales* lleva oculta en su mediatización, una promoción de los medios terapéuticos biomédicos propuestos. En la práctica mediática de difusión del problema, es posible encontrar con mayor claridad y eficacia fines mercadotécnicos, más que sanitarios.

Volviendo al análisis del constructo biomédico en su acepción crónico-degenerativa, nos ocuparemos del segundo elemento en esa dualidad; se trata de una evolución del fenómeno que se desplaza hacia la destrucción gradual y sistemática del individuo, mediante un desgaste degenerativo de la funcionalidad de los órganos y sistemas biológicos que sostienen su vida. Como efecto de esta cualidad se manifiesta la sintomatología, la cual consiste en el trastorno del sistema vascular que trae como consecuencia la afectación de los órganos de la visión, cardíaco, renal, del riesgo de amputación de miembros principalmente inferiores, entre otros. Con el retiro de la funcionalidad comienza una especie de retiro sistemático de la vida, que llama poderosamente la atención por los medios que utiliza y la magnitud de su efecto. El sistema vascular es –en términos comunes– simplemente la distribución de un elemento trascendental, no solo en sentido biomédico sino también en un orden simbólico para la vida humana: la sangre. El compromiso vascular no hace sino trasladar la esencia diabética a la totalidad del cuerpo, teniendo lugar como consecuencia una especie de encarnación de la muerte.

La dimensión degenerativa a la que ingresa el individuo una vez que adquiere *Diabetes Mellitus*, es la dimensión que vincula dependientemente al individuo con los conocimientos biomédicos, puesto que la única terapéutica autorizada por las instituciones es la biomédica. El principio terapéutico biomédico para el caso del fenómeno no aspira más que a un control de la situación metabólica, la cual se altera con los hábitos cotidianos del individuo como la alimentación y el gasto calórico por cuenta del metabolismo, entre otros. Mientras que el diagnóstico se realiza con la medición del promedio de glucosa en la sangre o con la medición de intolerancia a la glucosa, nada es posible hacer para impedir el inicio del proceso degenerativo biológico. La ilustración 2 permite observar la concepción biomédica del fenómeno mórbido en términos institucionales a cargo de la FID.

En esa lógica los tratamientos van desde el control dietético alimenticio, la ingesta de medicamentos que favorecen los procesos metabólicos, estimulantes de la producción de insulina así como la administración misma de insulina; lo cual no anula el proceso degenerativo iniciado.

Es quizá esta cualidad del fenómeno la que moviliza a las instituciones, ya que solo el proceso de control médico de esos pacientes, ocasiona enormes gastos en atención médica oficial tanto clínico-ambulatoria, como hospitalaria. Las necesidades institucionales provenientes de la adopción del modelo biomédico priorizan la necesidad de disponer de personal y equipo médico, fármacos, clínicas y hospitales, y un sin-fin de procesos y gastos a los que éstos conllevan (Powers, 2009).

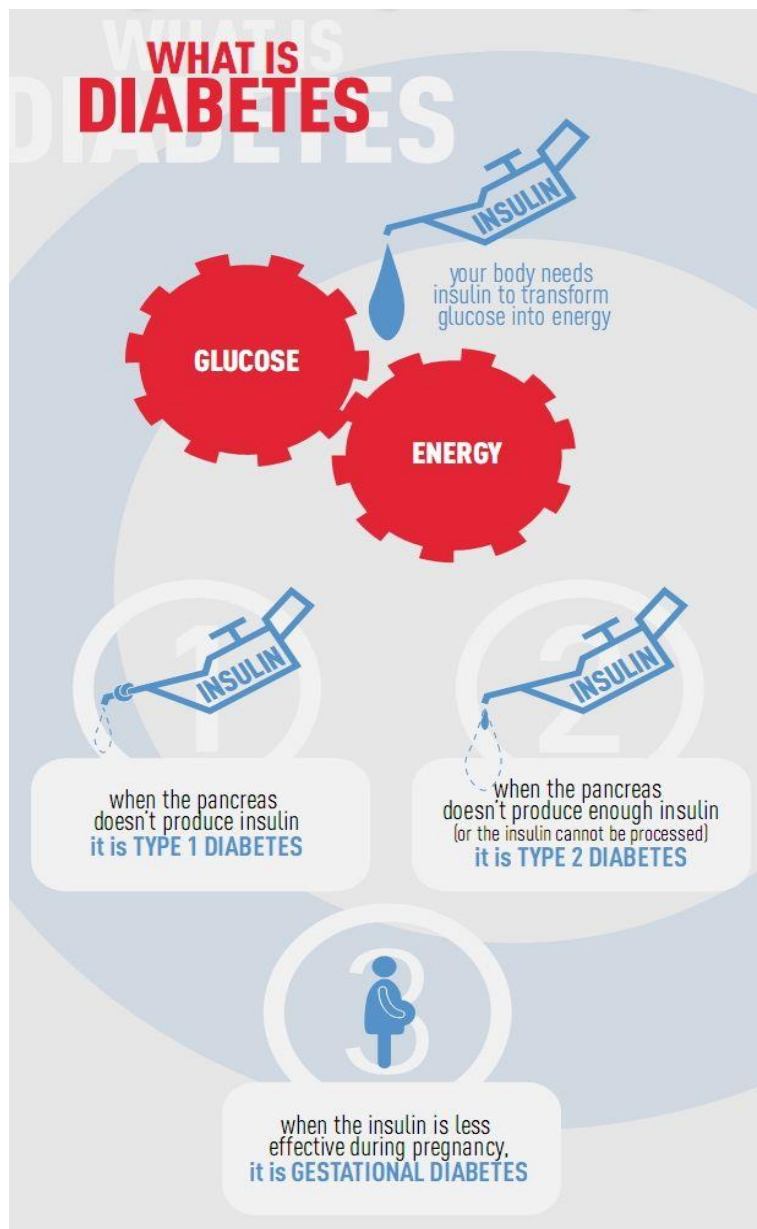


Ilustración 2. Cartel de la FID que responde a la pregunta ¿qué es la diabetes? (FID, 2014).

Cabe notar que la efectividad de la terapéutica biomédica resulta ser inocua en la práctica, no porque sus principios científicos sean falsos, sino porque muy pocos pacientes pueden apegarse a los requerimientos terapéuticos que el médico indica. Las observaciones clínicas muestran que muy pocos individuos logran adaptar completamente su vida cotidiana a los requerimientos terapéuticos; por ello no hay garantía alguna de efectividad en los tratamientos aunque esté disponible la atención médica y los insumos terapéuticos necesarios, puesto que éstos se enfrentan a una desconfianza de la población a aceptar la indicación biomédica como estilo novedoso de vida. En esa desarticulación disponibilidad-efectividad está implícita la ya

tradicional crítica a la biomedicina por su actuar deshumanizado y por su racionalidad exclusivamente en sentido técnico-instrumental (Junge, 2001; Kleinman y Benson, 2000; Kleinman y Url, 2013; Kleinman, 1987, 1998; Menéndez, 2001; Vergara, 2007). Ante esas críticas se asoman los vínculos que desde hace algunas décadas denuncia la Antropología Médica Crítica (AMC) y cuyas observaciones develan un vínculo recíproco entre sistemas de salud oficializados –es decir bajo el control del Estado– y un sistema capitalista globalizado cuyo principal interés es la mercantilización de aquello en lo que incursiona (Junge, 2001). De ese vínculo emergen los escándalos de corrupción en la asignación de licitaciones para la compra de medicamentos y todo lo que la atención de los fenómenos patológicos humanos requiere.

Autores como (Rachel et al., 2009) han levantado la voz sobre la acertada visión bajo la que se estudia el fenómeno *Diabetes Mellitus*, al tiempo que se explota hiperespecializadamente el fenómeno en su corto ángulo de visión interdisciplinario; a su vez ello ha generado desarrollos tecnológicos que mecanizan el concepto de atención médica humana. En esos términos el progreso y beneficio de los desarrollos científicos durante todo el siglo XX benefició exclusivamente a las ciencias biomédicas. Con ello “los índices de mortandad no bajan, las industrias farmacéuticas se afianzan en el mercado y los padecimientos crónico-degenerativos no han parado su marcha, lenta pero segura, en pos de segar vidas”(Ramos, 2002, p. 102).

Como es de esperarse la investigación biomédica tiene la mirada puesta en desarrollos cuyo objeto es la prolongación de sus principios teóricos vigentes. Tal es el caso de la inversión para el desarrollo de nuevos medicamentos que permitan un control más eficaz del fenómeno. Dentro de esa lógica se experimenta el trasplante de islotes de Langerhans que son las instancias pancreáticas que al suspender la producción de insulina, además de otros procesos, producen la respuesta orgánica hiperglucemiante crónica. Es decir las acciones investigativas médicas no se orientan a la búsqueda de una explicación causal, sino al control más eficiente del fenómeno que hoy ha demostrado superar sus conocimientos y acciones.

Hasta este punto hemos descrito minuciosamente los aspectos centrales del fenómeno patológico, las condiciones de su construcción epistemológica y las principales críticas de las posturas disidentes a la visión biomédica. Encontramos necesario problematizar lo acumulado en nuestro recorrido.

Sintetizando lo hasta ahora mencionado diremos que se trata de una entidad nosológica conformada por un grupo de enfermedades metabólicas consideradas patológicas por sus efectos

a largo plazo, es decir en la medida en que tiene la capacidad de afectar el proceso vital en diferentes grados, en situación extrema tiene la potencialidad de ocasionar un deterioro discapacitante y conducir finalmente la muerte²⁰. A su vez se trata de un fenómeno cuya presencia no es atribuible a mecanismos infecciosos o traumáticos provenientes del exterior.

A pesar de haber explorado la conceptualización *Diabetes Mellitus* en un sentido biomédico e histórico en relación a las instituciones, quedan aún pendientes elementos que consideramos prioritarios en la búsqueda de su comprensión, no solo profunda en sentido disciplinario sino amplia en sentido interdisciplinario. Tal es el caso de la función en sentido amplio de la presencia del fenómeno patológico, es por demás cuestionar acerca de estos aspectos a un conjunto de disciplinas cuya visión se acorta y acomoda para explicar la manifestación biológica en sus múltiples acepciones siempre desde una estricta lógica material. Si intentamos comprender ampliamente el fenómeno diabético con los elementos hasta ahora expuestos no alcanzamos a explicar más que lo siguiente: el órgano fisiológico llamado páncreas modifica su funcionamiento secretor de insulina, desencadenando un conjunto de reacciones metabólicas que a su vez conllevan una serie de reacciones patológicas, el porqué de esa modificación fisiológica –en el páncreas– es un misterio, al que se le intenta responder de múltiples maneras sin que ninguna de ellas sea infalible puesto que no es posible generalizar el mecanismo causal para todos los individuos que presentan el fenómeno.

1.2.1 Hacia una expansión epistemológica del concepto Diabetes Mellitus

Agregando componentes a esta exposición diremos que Vida es un concepto trascendental para la biomedicina, sin embargo se habla de vida y no de existencia, término éste el cual alude a una dimensionalidad de mayor magnitud. Al recurrir al concepto vida, y en el afán de dotarlo de amplitud y acercarlo a la interdisciplinariedad lo vinculamos con el de existencia. Encontramos que:

Muchos filósofos antiguos distinguieron entre la vida como vida ‘orgánica’, entendida asimismo como el principio vital o ‘vitalidad’; y la vida como la manera en que vive el hombre. A la primera llamaron ζωή [Zoé] ; a la segunda βίος [Bios] .

²⁰ Un fenómeno mórbido como la Diabetes Mellitus tiene la capacidad de ocasionar la muerte al interferir en los procesos orgánicos como la función renal, la vascularización principalmente de los miembros inferiores, problemas metabólicos en la química orgánica; todo ello puede suceder o no dependiendo de la atención que el individuo tenga de su sintomatología, así como de otros factores como la disponibilidad de servicios médicos, por lo cual la agudización de dichos síntomas o la muerte del individuo varía enormemente de uno a otro.

La vida orgánica, ζωή, no era entendida sólo como la existencia biológica. En la medida en que la Naturaleza está ‘animada’, es ‘viviente’ y, en este sentido, es ‘orgánica’. Dentro de la vida orgánica, entendida en este amplio sentido, se halla el ímpetu, Θυμός, y también el alma, ψυχή, como principio del movimiento de cada ser viviente (Ferrater, 2009, p. 3689).

La división a la que hacemos alusión más que un dualismo, es una acepción que especifica a detalle la amplitud de sus componentes y a un objeto único de mayor amplitud. La vida orgánica –Zoé– para los griegos en la antigüedad comprendía no solo lo que hoy es objeto de la biomedicina: el cuerpo medicalizado²¹. La intelección biomédica actual hace alusión a la vida orgánica en sentido biológico, la metodología que la rige parece así indicárselo en el afán de no perder el “control” sobre lo que estudia; la necesidad de recurrir a la multicausalidad o de separar las causas –etiología– lo atestiguan, así como el desbordamiento del fenómeno patológico que aquí nos ocupa de los márgenes de “explicación” y “control” por ella misma establecidos. El ejercicio científico biomédico es insuficiente no solo teóricamente sino también en sentido técnico-instrumental.

Los elementos que la filosofía griega antigua consideraban parte de la Zoé, y que no se ven reflejados en la concepción vital contemporánea, resultan ser de utilidad en nuestra postura para dimensionar aquello que el concepto vida biomédico actual podría estar recortando, y por ende dejando fuera de su intelección y de su práctica.

Es precisamente la vida, el elemento central de la intelección del fenómeno que a los ojos biomédicos es denominado patológico y que encontramos con mayor amplitud interdisciplinaria denominarlo mórbido²².

Para conseguir que nuestro análisis transgreda las fronteras disciplinarias construidas y defendidas por la biomedicina para un constructo como la *Diabetes Mellitus*, necesitaremos una herramienta teórico-metodológica que nos oriente en nuestro recorrido, el cual no es necesariamente opuesto sino paralelo al recorrido hecho por la biomedicina; para ello proponemos la visión fenomenológica en los siguientes términos. Ésta propone que la vida

²¹ Es decir una noción de cuerpo básicamente constituida por la visión organicista propia de la biomedicina en la cual el cuerpo contiene los órganos y procesos orgánicos que constituyen fundamentalmente la vida.

²² Del latín *morbidus*: enfermo. Se utiliza para designar a aquello “que pertenece a una enfermedad, que está afectado por ella” (Dorland, 2003, p.1397); es decir la afectación o alteración que el fenómeno patológico ocasiona en el individuo, independientemente de lo que la categoría nosológica espera de acuerdo a su modelo preestablecido. El término es utilizado frecuentemente como morbilidad en Epidemiología para designar el índice de incidencia o prevalencia, es decir para referirse a la enfermedad en términos numéricos. Esta diferenciación terminológica trae a colación el enorme trabajo hecho por la sociología médica y la antropología médica en el esfuerzo por diferenciar la enfermedad (*disease*), el padecimiento (*Illness*) y el malestar (*sickness*), construcción teórica que conlleva ya una buena dosis de interdisciplinariedad y que abordaremos más adelante.

humana tiene la capacidad de adquirir sentido en la medida en que es finita; la autoconsciencia acerca de la finitud de la vida, hace emerger la pregunta por el ser, es en ese momento en el que emerge la verdad respecto de la vida y con ello de la muerte. La obra de Heidegger se identifica claramente desde sus inicios por denunciar el olvido del ser en favor de la racionalización y el pensar científico, sus argumentos son que la visión científica se encuentra bajo amenaza de desprestigio si no consigue justificar a través de un pensar técnico –tecnológico– su existencia; “en la interpretación técnica del pensar se abandona al ser” (Heidegger, 2006, p. 13-14). Esa idea se encuentra presente en pensadores contemporáneos que denuncian el uso de la racionalidad como herramienta política y de control en la búsqueda de mantener una determinada influencia sobre los grupos sociales a los que se dirige, la siguiente cita lo evidencia:

Es esa racionalidad sólo se refiere a las situaciones de empleo posible de la técnica y exige por ello un tipo de acción que implica dominio, ya sea sobre la naturaleza o sobre la sociedad. La acción racional con respecto a fines es, por su estructura misma, ejercicio de controles. Por eso, la “racionalización” de la vida según criterios de esta racionalidad viene a significar la institucionalización de un dominio que se hace ya irreconocible como dominio político [...] La técnica es en cada caso un proyecto histórico-social; en él se proyecta lo que una sociedad y los intereses en ella dominantes tienen el propósito de hacer con los hombres y con las cosas (Habermas, 1986, p.55).

La desviación que se manifiesta en esta idea tiene por objeto cosificar la vida de los hombres, como resultado de un proyecto de control en el que se involucran diversos discursos, entre los cuales se encuentran el histórico, el económico, el político, etcétera; lo que se sacrifica en ese proceso es la esencia del individuo y de su comunidad.

La esencia humana, es decir las cualidades existenciales que orientan el actuar del individuo, no desaparecen porque la positividad científica no alcance a identificarla, permanece ahí. Es cuando el mismo filósofo expresa que “el lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre”(Heidegger, 2006, p.11); con ello anuncia que es necesario acudir al encuentro del individuo y su lenguaje para rescatar la esencia de su verdad existencial.

Si hay una verdad para el individuo viviente, capaz de dar cuenta de las vicisitudes de su vida, estará ligada precisamente a su vida, como principalmente a la consciencia acerca de su muerte –desenlace final ineludible al que sin duda lo aproxima experimentar el fenómeno mórbido–. En un tiempo previo al mismo Heidegger se había esbozado esa idea en términos fenomenológicos utilizando lo que filosóficamente se consideró el espíritu –en términos poco complicados la consciencia–, desde esa visión “el individuo que no ha arriesgado la vida puede

sin duda ser reconocido como persona, pero no ha alcanzado la verdad de este reconocimiento como autoconsciencia independiente” (Hegel, 2009, p. 116).

El punto nodal en el que encontramos coincidencia entre estas ideas filosóficas, es en el nivel de consciencia presente en el individuo acerca de su inevitable muerte. Si tomamos como ejemplo el más básico saber que indica que nadie vivirá eternamente, tendríamos que centrarnos en las vicisitudes de la vida de cada individuo, para explicar la manera en que los diferentes niveles de consciencia de sí ocasionan que la existencia misma cobre forma, materializando así el contenido existencial incluyendo en esa materialización la corporeidad biológica; la patología en términos biomédicos.

Desde esta óptica, si hay una dirección a la que parece apuntar el desenvolvimiento del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, es decir una causa en sentido amplio, es precisamente en la dirección que indica que la existencia o vida del individuo se reacomoda o reconstruye para expresar aquello de lo cual el individuo parece no ser consciente. En ese ejemplo expresivo, suponiendo que se tratara de una forma de expresión, de una voz, la fonética indica que la vida tiene un compromiso ineludible, la muerte; mientras el contenido presente en esa voz es, para el caso de los sujetos que en este estudio participan, la hiperglucemia, pero principalmente la irreversible degeneratividad mórbida.

Por ello conceptualizamos antes que nada al fenómeno *Diabetes Mellitus* como una construcción mórbida expresiva de la existencia humana.

Esta manera de concebir la vida, a través de la existencia nos permite identificar como parte de un todo, aquellas manifestaciones afectivas típicas de la diabetes y que han terminado siendo absorbidas por el afán nosológico y patologizadas automáticamente sirviéndose de los preceptos de disciplinas como la psiquiatría; tal es el caso de los rasgos depresivos que el individuo muestra ante el contacto con el fenómeno, o la angustia ante su dificultad para seguir las indicaciones médicas al pie de la letra, etc. Heidegger (2012) expresó que la angustia es un componente existencial que se presenta en el individuo como consecuencia de la incertidumbre y de la posibilidad de una apertura que actualice la existencia; el individuo experimenta en la vivencia del desdén, su esencia existencial: su ser; esa angustia acompaña y sustenta en su vivencia crónica diversos temores y vacíos depresivos existenciales.

Continuando con la exposición de la herramienta teórico-metodológica aludimos una vez más a Heidegger (2012a), quién propone que lo que se conoce como el Ser –*Sein*–, es más bien

un Ser-ahí –*Dasein*–. Como es conocido en filosofía la existencia es vinculada al Ente, y se parte de éste para concebirla, dicho de otra manera desde esa postura no hay la posibilidad de existencia alguna sin Ente humano que la sustente –el modelo biomédico es ideal para ejemplificarlo, es así que no puede haber vida humana sin una entidad biológica en la cual ubicarla y sobre la cual dirigir la atención teórico-metodológica en el afán de verificarlo–. Este es un principio fundamental en la filosofía clásica, con Heidegger esa ontología basada en la gnoseología desaparece; no así en los desarrollos científicos a su vez criticados por el mismo filósofo.

Heidegger sostiene en cambio que Ente y Ser obedecen a dimensiones distintas, y rompiendo con los preceptos, propone que el Ente no necesariamente es el portador del ser, sino que el Ser *es* por cuenta propia e independiente del ente; es decir que podría concebirse que Ser no es Ente, sino Ser es existente (Ferrater, 2002). Con ello Heidegger ofrece una alternativa a la materialidad biológica positiva propia de la biomedicina, abriendo la posibilidad de entender al cuerpo no como centro de la vida, sino como parte de un conjunto mayor que se comunica entre sí, cada uno de ellos capaz de alterar su conjunto, la corporeidad biológica, la psicología y el campo sociocultural.

Por lo antes mencionado, si la ciencia biomédica centra su atención en el individuo objetivizándolo como exigencia del positivismo teórico-metodológico que la rige, está todo el tiempo discurriendo superficialmente acerca de los motivos del enfermar, pero jamás comprende a fondo los orígenes de esa enfermedad. En esos términos es comprensible que se considere que la enfermedad es un agregado a lo humano, una especie de visitante incómodo al que se puede delimitar, aislar, atacar y combatir letalmente.

Finalmente tenemos a la conjunción de existencia humana y atención biomédica puesto que el modelo de atención a la salud actual está estructurado de esa manera; lo que emerge de esa relación existir-medir –individuos y biomedicina– es una mala comunicación entre los componentes existenciales de cada individuo, y de los individuos entre sí en el grupo social en que se encuentran, mientras que la biomedicina parece afianzarse como discurso oficial único digno de confianza científica. En ese sentido la realidad vivida por el sujeto es susceptible de ser plasmada de manera fiel a través del lenguaje incluyendo en ello a la obra de arte. Lévi-Strauss comparaba la obra de arte con la vida en la ciudad, declarándolas como “objeto de la misma naturaleza” o “cosa humana por excelencia” (Lévi-Strauss, 1988, p. 125). Antes de él Freud se

había servido de los personajes de las tragedias griegas y de la escultura de Miguel Ángel para explicar la vida psíquica, es decir para ejemplificar su obra; Heidegger (2006b) lo hizo con la poesía de Holderling, mientras que Lacan (2001) lo hacía con la escritura de Shakespeare, Allan Poe y Joyce, y más recientemente Zizek respecto del cine (2003). Por ello no nos sorprenderá encontrar que en el apego o preferencia del sujeto a alguna manifestación artística manifieste un atisbo de realidad humana particular plasmada en una manifestación colectiva.

1.3 El sujeto en lo psicosocial²³, una aproximación fenomenológica

1.3.1 El papel del reconocimiento yo-otro en la existencia

En 1807 se publica *Fenomenología del espíritu*²⁴ de G.W.F. Hegel, en ella su autor esboza la manera en que un individuo es reconocido por los demás y a su vez cómo ese individuo puede reconocerse a sí mismo (autoconscientemente) solo a través de los demás:

Para la autoconsciencia hay otra autoconsciencia; ésta se presenta fuera de sí. Hay en esto una doble significación; en primer lugar, la autoconsciencia se ha perdido a sí misma, pues se encuentra como otra esencia; en segundo lugar, con ello ha superado a lo otro, pues no ve tampoco a lo otro como esencia, sino que se ve a sí misma en lo otro (Hegel, 2009, p. 113).

Lo que este filósofo nos está mostrando es que todo individuo necesita de sus semejantes para poder reconocerse a sí mismo como un ser con existencia propia, independiente, autosuficiente; no por ello ese individuo devendrá una entidad estrictamente autónoma o libre, sino que desde el momento en que se reconoce a sí mismo –autoconsciencia–, queda condicionado a reconocer lo independiente de sí mismo –fuera de sí–, a través de los demás –de los otros–. Dicho de otra manera, lo que ese individuo es, proviene de la otredad, es decir de su dimensión sociocultural; su existencia, y con ello los componentes que conforman ésta se sustentan en su grupo social.

Ese análisis fenomenológico de Hegel avanza adquiriendo nuevos elementos, una vez explicada la formación del yo, procede a explicar los motivos de la continuidad acerca de la existencia –la vida humana–, aquello que lleva a la persona a vivir y al porqué hacerlo de la

²³ Esta es la primera sección en la que nos vemos obligados a introducir el concepto psicosocial, la revisión completa del concepto deberá ser acompañada del análisis de las secciones 1.6 y 2.4.

²⁴ En esa obra el filósofo intenta exponer la sucesión de las distintas formas o fenómenos que la consciencia (espíritu) adquiere o transita hasta llegar al conocimiento absoluto (ciencia). En ese marco analiza el papel de la autoconsciencia frente al otro (individuo frente a sus similares).

manera en que lo hace; esa tarea es enfrentada recurriendo al término deseo, éste puede traducirse dependiendo de las circunstancias como deseo de vivir, el porqué de vivir. Los términos en los que el filósofo explica ese proceso son los siguientes:

El deseo humano no es biológico. El deseo de reconocimiento no es un deseo biológico. Sería biológico si deseara una cosa para consumirla, alimentarse. El deseo no quiere comida. Su hambre es otra. Es un hambre no-biológico. Es hambre de deseos. Hambre de reconocimiento. Al estar en una comunidad de deseos se está en una comunidad de antagonismos. De enfrentamientos. Se trata de la lucha por ser reconocido (Feinmann, 2008, p. 1).

De esa manera Hegel introduce en términos filosóficos una explicación acerca de la vida humana, acerca de la forma en que se integra a una comunidad, la cual a su vez lo sustenta existencialmente; deja claro que la animalidad humana, es decir la biología participa en la articulación del desear humano pero no de manera trascendente.

Para ilustrar en términos prácticos lo aquí expuesto en términos filosóficos recurriremos a una obra cinematográfica. En *Gravedad*, Cuarón (2013) expone la historia de una misión espacial de mantenimiento para el telescopio Hubble; la película inicia evidenciando las condiciones del ambiente en que se desenvuelve la historia: “a 600 kilómetros del planeta tierra la temperatura oscila entre los 125 y los -100 grados centígrados, no hay nada que transporte el sonido, no hay presión de aire, no hay oxígeno. La vida en el espacio es imposible”.

La historia inicia mostrando a dos especialistas de la misión trabajando en el telescopio Hubble, mientras un tercero monitorea su salud y las labores, al tiempo que conversa con ellos. Tras un accidente el transbordador que los transporta se destruye, y solo sobreviven dos miembros de la tripulación: Kowalski y Stone. Intentando trasladarse a otra nave rusa, ya sin las herramientas necesarias para acercarse a ésta con seguridad, Kowalski es impulsado y corriendo el riesgo de que los dos astronautas queden a la deriva, decide soltar el arnés que lo une a su compañera para permitir que ésta pueda permanecer en la nave y salvar su vida. Ya en la nave Stone descubre que ésta no tiene más combustible para regresar a la tierra; escucha una transmisión de radio en una lengua que no puede entender, en ésta se escuchan balbuceos de un bebé, ello la hace recordar con tristeza la muerte de su propia hija. Se dispone entonces a apagar los sistemas, luces y el oxígeno de la nave en que se encuentra y expresa deseo de escuchar la canción presente en la transmisión para quedarse dormida –morir–. Después de algunos segundos se escucha que golpean la compuerta de acceso a la nave, aparece su compañero de misión Kowalski en actitud despreocupada explicándole lo simple del procedimiento para volver a la

tierra con solo un cambio en la comprensión de un procedimiento; al observar el pesimismo de Stone expresa:

Quieres regresar o te quieres quedar aquí, entiendo que es agradable aquí arriba, solo tienes que apagar todos los sistemas, apagar todas las luces, cerrar los ojos y desconectarte de todos. Aquí arriba nadie puede hacerte daño, estás a salvo. ¿Qué caso tiene seguir adelante?, ¿Qué caso tiene vivir?. Tu hija murió. No hay nada más duro que eso. Aun así, lo que importa es qué harás ahora. Si decides irte, tienes que seguir adelante, siéntate, disfruta el viaje. Debes poner los dos pies en la tierra y comenzar a vivir la vida.

De un momento a otro, Stone descubre que no hay nadie más que ella en la nave, y que la presencia de la otra persona fue su propia subjetividad. A partir de ese momento, Stone sigue el procedimiento adecuado para maniobrar la nave –que conocía previamente– y regresa a la tierra.

En esta obra es posible apreciar la manera en que un individuo confrontado en su propia existencia ante la pérdida de su hija, experimenta angustia y depresión afectiva. Una experiencia de riesgo mortal actualiza su existencia, dicha actualización sucede a través de una persona cercana a su experiencia riesgosa. Ante la imposibilidad para interactuar con otro individuo, la mujer sirviéndose de la dimensión de la otredad, crea una escena en la que rearticula su propia existencia y el deseo en ésta; sus semejantes personalizados por un solo individuo, le acerca las respuestas necesarias para develar su situación existencial y para encontrar sentido a su vida. Los elementos presentes en esta historia cinematográfica son un individuo que experimenta su propia finitud vital, primero en la pérdida de un ser amado y después a través de la proximidad con eventos que la acercan a la suya propia. El ejemplo que muestra esta historia no se presenta en forma de fenómeno mórbido, pero tiene los elementos necesarios para pensar en un paralelismo ya que los elementos presentes en la experiencia de riesgo mortal que se muestra en la película pueden estar presentes durante el surgimiento de un fenómeno mórbido; en vista de que éste anuncia o representa una proximidad con la finitud vital.

Volviendo al análisis filosófico, la obra de Hegel sería trascendental para la creación de la obra de Heidegger, ello nos lleva a identificar buena parte de estos componentes en los argumentos del segundo. La existencia, –y con ello la vida– y el deseo humano que lo lleva a actuar, adquieren sentido en función de la autoconsciencia acerca de la finitud de la muerte, ese estado de consciencia no proviene de un conocimiento adquirido racionalmente, sino de una experiencia vivida.

“El hombre es –Hegel *dixit*– ‘un animal enfermo de muerte’, un animal extorsionado por un insaciable parásito (razón, *logos*, lenguaje)” nos advertirá Zizek (2003, p. 27); ello al identificar que, por sobre esa realidad acerca de la muerte, se ha construido todo un escenario en el que se desenvuelve una obra cuya historia propone un final feliz –o al menos un consuelo temporal– a la experiencia de dolor, a la enfermedad, a la muerte. La mano que mueve los hilos en ese escenario es sin duda alguna el feroz capitalismo y su maquinaria creadora de sueños diurnos.

1.3.2 El papel de lo biológico en el proceso de reconocimiento yo-otro

Las circunstancias que conducen al surgimiento de la existencia de un individuo son por demás complejas, para que ello suceda es necesario que se hayan presentado un conjunto de hechos que trascienden la mera fecundación biológico-reproductiva. En este apartado nos ocuparemos de analizar esas circunstancias para tener en cuenta el conjunto de elementos que participan en el proceso en sus diferentes etapas.

A lo largo, no solo de este apartado, sino de todo el documento, deberemos tener en cuenta que el esfuerzo que alimenta la realización de esta investigación tiene como meta entender ampliamente un fenómeno mórbido; el concepto biopsicosocial será crucial en la obtención de ese objetivo y, aun cuando no es este el momento en que abordaremos a detalle ese concepto, es necesario aclarar que de lo que trata este apartado es precisamente el encuentro íntimo de las circunstancias biológicas con las psicosociales.

En el momento de su nacimiento el organismo humano no es consciente de sí, es decir no ha pasado por lo que, en términos filosóficos es el reconocimiento yo-otro. A pesar de ello han sucedido ya una serie de fenómenos que rearticulan cuando menos, al grupo social inmediato, es decir a la pareja; la otredad interviene haciendo coincidir a esos dos individuos al grado de, juntos hacer posible el acto de fecundación. Dicha pareja ha debido hacer ajustes en su cotidianidad a consecuencia del posible nacimiento del ser vivo; debido a que en cada pareja o en cada mujer se presentan elementos diferentes, que en su conjunto afectan las condiciones finales en las que tiene lugar cada nacimiento, no es posible generalizar lo que sucede en la totalidad de los nacimientos. Sin embargo es posible identificar dos grandes elementos que se encuentran presentes en todos los nacimientos: un organismo viviente que nace y una dimensión sociocultural preexistente a la que –ese organismo– llega.

Nos ocuparemos ahora del primero de esos dos grandes elementos presentes en todo nacimiento. Hemos denominado a aquello que nace como un *organismo viviente* en la medida en que se trata de un conjunto de órganos vivos; la vitalidad de ese neonato es totalmente dependiente de otro, quién deberá ocuparse de mantener las condiciones necesarias para la vida, sin las cuales ésta sería imposible. La situación biológica impide que diversas facultades humanas estén presentes, Duch lo expresa de la siguiente forma:

En el momento de nacer el hombre es un ser completamente desvalido y desorientado; le faltan puntos de referencia fiables y, sobre todo, lenguajes adecuados para poder instalarse en el mundo, es decir, para humanizarse en el mismo acto de humanizar su entorno (Duch, 2002, p.11).

Tiene lugar una inmadurez neurológica que hace imposible tener un conocimiento real de la vida, en cambio es indispensable la asistencia en prácticas vitales como la alimentación, la respiración, el cuidado de la temperatura corporal. Mientras no es posible observar en el neonato un actuar voluntario, es posible identificar un conjunto de respuestas automáticas²⁵ –instintivas–, éstas no perduran más que algunos meses, a diferencia de algunas especies animales a las cuales se les puede atribuir un conjunto de comportamientos instintivos durante toda su vida. Se encuentra presente en ese organismo vivo un sistema sensorial activo, incapaz de interpretar los estímulos sensoriales o los acontecimientos que suceden en sí mismo; ello empezará a ser posible alrededor de los dos años.

Es en ese lapso, en el que da inicio la incorporación del organismo viviente a la dimensión psicosocial, el organismo viviente pasará por un conjunto de fenómenos que lo introducirán a la dimensión biopsicosocial completa.

Daremos paso al segundo elemento presente en todo nacimiento, la dimensión psicosocial a la que llega todo recién nacido. El encuentro entre esas dos entidades y su permanente vínculo vendrá a ser trascendental para cada sujeto, lo será también en un orden conceptual para nuestro desarrollo ulterior, por ello revisaremos el proceso con detenimiento.

Por un lado tenemos al organismo viviente que se forma en un vientre materno, así como el espacio material e inmaterial en el que se desenvuelven los hechos; todos esos elementos, tanto materiales como inmateriales tendrán un papel decisivo en algún momento de la vida del que a

²⁵ De acuerdo a Craig y Baucum (2001), es posible hablar de dos tipos de reflejos: de supervivencia y primitivos. Se les considera en estricto sentido conductas biológicas cuya función es buscar la supervivencia; las cuales no tendrían ninguna efectividad sin la presencia de otro. Algunos de ellos son el reflejo Moro, palmar, plantar, de Babinski, de marcha.

través de éstos se convertirá en un individuo. Nos hemos servido ya de las palabras de Duch para ejemplificar la situación en que se encuentra el organismo viviente y los requerimientos en él ausentes; en sus mismas palabras recuperaremos lo que denomina *Estructuras de acogida*, es decir los elementos metabiológicos que reciben al organismo, las denomina de esa manera precisamente porque en su encuentro forman una estructura existencial en el organismo viviente al que reciben. Recuperando las palabras exactas encontramos que:

El acogimiento y el reconocimiento son imprescindibles para que el recién nacido vaya adquiriendo una fisonomía auténticamente humana. Por todo ello resulta muy evidente que la calidad²⁶ de la instalación del ser humano concreto y también de las comunidades humanas en su mundo cotidiano se halla directamente vinculada con la calidad del acogimiento y el reconocimiento que han experimentado y experimentan desde el nacimiento hasta la muerte (Duch, 2002, p. 12).

Esas estructuras son imprescindibles en el proceso de transformación al que se enfrenta el organismo vivo. El encuentro tiene lugar independientemente del tipo de estructuras de acogida presentes, ese encuentro no es sino un enfrentamiento²⁷. Se enfrentan un mundo ya existente –y en esa medida organizado de alguna manera–, y un organismo desconocedor y ajeno a ese mundo. Gradualmente van teniendo lugar sucesos a través de los cuales el organismo va participando en intercambios de orden gestual; éstos van introduciendo paso a paso al ser viviente a la dimensión novedosa, la cual va formándolo y preparándolo para la interacción lingüística. Lacan afirma que ese proceso inicia en:

una serie de gestos en los que experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado, y de ese complejo virtual a la realidad que reproduce, o sea con su propio cuerpo y con las personas, incluso con los objetos, que se encuentran junto a él (Lacan, 2000b, p. 86).

Lo que aquí se deja claro es que, en el proceso de humanización de un individuo, no es necesario llegar a la adquisición del lenguaje para tener intercambios con el exterior, sea un exterior material o con la otredad humana.

El surgimiento del lenguaje será la consolidación del proceso de estructuración del ser biopsicosocial; en este proceso se establecen las conexiones necesarias entre las entidades

²⁶ Encontramos necesario dejar en claro que el término calidad en este párrafo hace alusión a las condiciones subjetivas más que físicas, que se encuentran presentes y la configuración de éstas en el momento de la transición de la entidad biológica, y a su incorporación a la realidad sociocultural, además de la correspondiente formación identitaria individual.

²⁷ Como Hegel lo mencionó respecto del encuentro yo-otro.

psicosocial y la biológica que, a partir de su nacimiento irá adquiriendo gradualmente la capacidad de asumirse a sí mismo como un individuo. En ese proceso intervendrán diferentes dimensiones de lo psicosocial²⁸; por ejemplo dicho individuo recibirá un nombre que se construirá con una nominación propia además de los complementos familiares. Eso no será sino parte de un largo e interminable proceso de intercambios biunívocos identitarios.

El resultado de esa consolidación biopsicosocial es una existencia por demás compleja, que puede dar lugar a múltiples lecturas sobre la misma cosa; por ejemplo es posible concebir a la memoria y sus vicisitudes como consecuencia de una función neurológica, al tiempo que es posible entenderla como consecuencia de una compleja red de placer-displacer, en la que lo placentero o lo displacentero favorece la retención memorística, mientras que lo que se encuentra fuera de esa dimensión, es decir en ninguna relación con la historia de vida individual no es memorístico.

Resulta necesario volver al momento del encuentro entre el organismo viviente y la dimensión psicosocial preexistente. Hemos denominado también a ese momento como un *enfrentamiento* en vista de que se trata de una eterna lucha de los individuos con la dimensión psicosocial amplia en que se desenvuelven todos los individuos. Para analizar ese enfrentamiento deberemos primero entender lo pertinente a la dimensión psicosocial.

Concebimos como psicosocial a aquella dimensión amplia, tanto material como simbólica, tanto individual como grupal, en la que se constituye y desenvuelve todo individuo, y a la cual retroalimenta a la vez que de ésta se constituye; es un fragmento de la totalidad biopsicosocial necesaria para comprender tanto a los individuos como a los grupos sociales en su existencia metabiológica. Nos queda claro que los esfuerzos por fragmentar o separar las diferentes dimensiones a través de las cuales es posible comprender al ser humano han terminado por fracasar²⁹; lo que intentamos hacer en este caso es dimensionar todo aquello que la biomedicina ha excluido de su nivel de análisis en el afán de entender los fenómenos mórbidos. De ahí que la necesidad de recurrir al concepto psicosocial radica en que esa fragmentación ya es

²⁸ A estas dimensiones psicosociales puede concebirseles separadamente como dimensiones individuales o grupales, pero siempre estarán imbricadas en una relación dialéctica en la que lo individual se alimenta de lo grupal y viceversa. Aunque utilizamos el término dialéctica para ejemplificar el proceso de retroalimentación entre dos elementos en realidad son tres los componentes en constante actualización, puesto que lo biológico también participa en ese proceso. Sin embargo partimos en este análisis diferenciando lo psicosocial de lo biológico en vista de que estamos seguros de que esa dicotomía psicosocial-biológico es operativa ya como resultado de la hiperespecialización organicista de las biomedicina.

²⁹ Ejemplo de ello son la dicotomía mente-cuerpo, lo psicosomático, etcétera.

operante, y su existencia provoca la ceguera de las ciencias biomédicas frente a la complejidad humana manifiesta en los fenómenos mórbidos. Lo psicosocial entonces puede concebirse desde una dimensión micro así como desde una dimensión macro; es posible en ese sentido identificar influencias que llegan a un individuo o a un grupo social, a través de una tradición popular ligada a un objeto religioso, pero también de una política macroeconómica generada en los círculos políticoeconómicos transnacionales.

De esta manera lo psicosocial es susceptible de entenderse como la matriz que moldea la vida biológica³⁰ a través de la cual todo individuo aparece en el mundo; a la vez que lo psicosocial forma o moldea la humanidad del individuo, le exige apearse a infinidad de preceptos o normas necesarias para la vida humana en sociedad. Es así que una vez que a partir del nacimiento, un organismo viviente es constituido como individuo con una identidad propia, es decir a consecuencia de las estructuras de acogimiento el organismo viviente se convierte en un individuo capaz de reconocerse a sí mismo como alguien con un yo propio, diferenciable de otro. Pero esa historia interminable en cada nacimiento o en cada grupos social es aún más compleja de lo que parece, una vez que ese individuo se establece en su grupo social aprende las normas contenidas en ésta, aprende a respetarlas y a vivir de manera más o menos armoniosa en esa sociedad; el comportamiento típicamente desadaptado característico de la niñez es muestra de lo que sucederá el resto de su vida.

Es precisamente el sujeto, con la potencialidad de actuar en contra de sus propios principios, de su educación y de los ideales sociales traducidos en los idearios institucionales, lo que resultan ser una amenaza a la consecución de las metas grupales; su observación ha llevado a Zizek (2001) a denominarlo *espinoso sujeto*, en la medida en que ese sujeto, hasta cierta medida manipulable es el origen y motivo de las acciones institucionales, pero cuando manifiesta su individualidad insumisa se vuelve algo difícil de manejar. En ese esfuerzo las ciencias han hecho lo propio para explicar desde sus diferentes visiones, lo que sucede con los sujetos y los grupos sociales.

El sujeto al que aquí hacemos referencia es un sujeto de la dimensión social y de la dimensión individual –véase ilustración 3–; más aún es sujeto de un deseo inconsciente que le pertenece, lo conforma pero es éste también objeto de desconocimiento para él mismo.

³⁰ Ello equivaldría al componente bio- del concepto biopsicosocial.

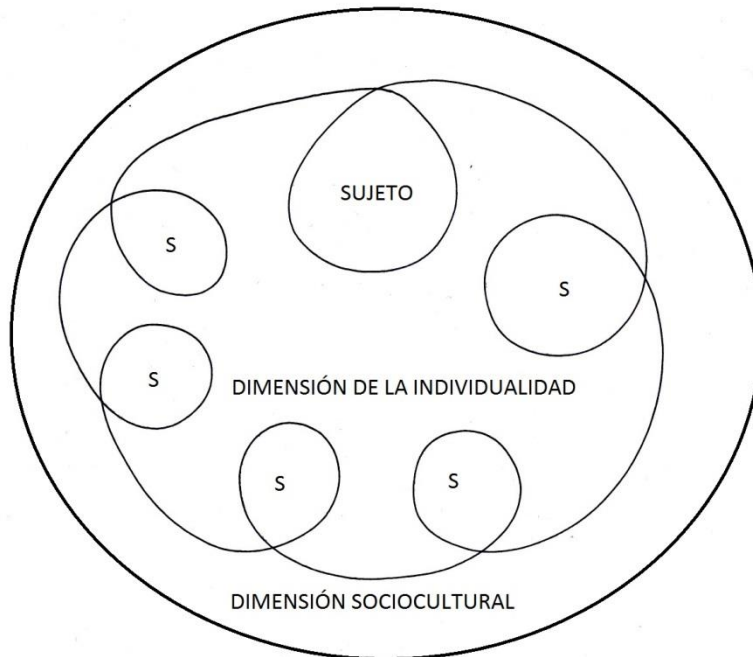


Ilustración 3. Esquematización topográfica de la interacción del sujeto con lo social. Ambos elementos se encuentran en una conjunción inevitable; lo individual no es lo social, aunque lo individual comprende elementos de lo social y viceversa. La misma línea que construye lo individual da forma al marco que constituye lo sociocultural; de tal manera que no es posible hablar de la dimensión individual sin implicar la dimensión sociocultural.

Para abordar el momento siguiente en la estructuración del individuo por cuenta de lo psicosocial, encontramos necesario recurrir al concepto utilizado por Hegel para explicar la continuidad de la existencia: el deseo.

1.3.3 El deseo en el proceso de reconocimiento yo-otro

Hegel planteó el Deseo en términos de un vínculo necesario entre un individuo consciente de sí y otro; su propuesta concibe al individuo incapaz de reconocer a otro, sino a través de la presencia del deseo del otro, que a su vez se hace suyo. Sin la presencia del deseo, el otro se convierte en un objeto irreconocible. Ello obedece a que el individuo es absorbido y se pierde a sí mismo en el otro, por lo cual se convierte en objeto ante el fracaso del intento de reconocimiento. Vendrá a ser objeto de conocimiento en tanto reconozca su propio deseo en el otro. El filósofo deja claro que la función cognitiva es insuficiente para alcanzar ese reconocimiento, Kojève (1975) explica la idea de Hegel de manera abstracta pero también clara:

Por tanto, el análisis del ‘pensamiento’, de la ‘razón’, del ‘entendimiento’, etc., de manera general: del comportamiento cognitivo, contemplativo, pasivo de un ser o de un ‘sujeto cognoscente’, no descubre jamás el porqué o el cómo del nacimiento de la palabra ‘Yo’ y por consiguiente, de la autoconciencia, es decir, de la realidad humana. El hombre que contempla

es ‘absorbido’ por lo que él contempla; el ‘sujeto cognoscente’ se ‘pierde’ en el objeto conocido. La contemplación revela el objeto y no el sujeto. Es el objeto, y no el sujeto el que muestra a sí mismo en y por –o mejor aun– en tanto que acto de conocer. El hombre ‘absorbido’ por el objeto que contempla no puede ser ‘vuelto hacia sí mismo’ sino por un Deseo: por el deseo de comer, por ejemplo. Es el Deseo (consciente) de un ser el que constituye este ser en tanto que Yo y lo revela en tanto que tal y lo impulsa a decir: ‘Yo...’ (p.1).

Si algo queda claro después de esta idea es que la situación existencial del individuo – los motivos de vivir, el objeto de la existencia humana y con ello también– está lejos de poder ser aprehendida mediante la función racional, o cuando menos no únicamente con ésta; la existencia trasciende la biología y comprende la dimensión de la actuación tanto voluntaria –racional– como involuntaria –del Deseo presente en aquellos casos en que la irracionalidad parece dominar el actuar–.

La postura de Hegel respecto del reconocimiento yo-otro humano a través del deseo es bien conocida, propone que en la consciencia hay dos entidades, una “conciencia independiente que tiene por esencia el ser para sí, otra la conciencia dependiente, cuya esencia es la vida o el ser para otro”(Hegel, 2009, p.117); la idea puede resumirse en la conocida lucha entre el amo y el esclavo, ambos viviendo en la consciencia de sí. Ello nos remite a una dimensión metapsicológica³¹, ante ésta la función cognoscitiva, es decir el razonamiento consecuente a la función neurológica resulta en buena medida inocua por sí sola, pues buena parte del contenido necesario para el surgimiento del Yo y del reconocimiento del otro, surge de manera real pero inaccesible a la observación visual; tiene lugar de manera abstracta por lo que es necesario recurrir a herramientas capaces de aprehender esa realidad para su estudio, es necesario entrar en una lógica de lo abstracto humano, es decir de lo inconsciente.

Dichas ideas nos remiten a la teoría psicoanalítica³², la cual en algunos puntos se asemeja a los postulados filosóficos de Hegel. Esta teoría nos será de utilidad puesto que –a nuestro parecer– su finalidad es explicar la manera en que la existencia humana –en estricto sentido filosófico– se materializa y, biológicamente se vuelve un lenguaje a través del cual lo psicosocial

³¹ El término metapsicología fue utilizado por Freud para referirse a la diferencia entre la postura de una vida consciente y la vida psíquica que obedece a una lógica inconsciente. Remite finalmente en términos conceptuales a psicoanálisis.

³² este debe ser entendido como un término que obedece a tres acepciones, las cuales en palabras de Laplanche y Pontalis (1996) se agrupan de la siguiente manera: A). Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo B). Un método terapéutico basado en esta investigación C). Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento. Aun cuando en su mayoría haremos referencia a la tercera acepción, en su momento haremos referencia a cualquiera de las otras dos.

se transforma en acto biopsicosocial; es así que la teoría freudiana nos servirá de puente entre lo biológico y lo psicosocial.

Freud postuló que aquello que mueve al individuo a continuar viviendo es una Pulsión, ésta no es sino una fuerza constante e incontenible, que en su búsqueda de satisfacción adquiere diversas formas; serán éstas las que realmente orientan el actuar humano. La pulsión es un puente entre lo biológico y lo psicosocial de la siguiente manera:

Las pulsiones mismas, al menos en parte, son decantaciones de la acción de estímulos exteriores que en el curso de la filogénesis influyeron sobre la sustancia viva modificándola. [...] Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la 'pulsión' nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1998d, p. 116-117).

La frontera a la que se hace mención en la referencia es el punto limítrofe entre la materialidad biológica del cuerpo –es decir la corporeidad fisicoquímica, llamada ahí como lo somático– y lo que en ese tiempo se presentaba como la vida anímica, que no era más que lo que hoy se concibe como lo psíquico en la terminología freudiana o lo psicosocial en nuestra tesis.

Freud menciona escasamente el término deseo, pero su visión es paralela a la del Hegel, puesto que en las dos visiones la vida biológica está subordinada a los procesos que tienen lugar en la otredad –a lo psicosocial–.

Ahora, en el proceso revisado previamente desde una postura filosófica, tenemos un enfrentamiento entre la consciencia de sí y la otredad, los cuales experimentan una relación dialéctica de la cual proviene la conciencia y con ello el actuar en un proceso interminable mientras tenga lugar la vida; dicho enfrentamiento tiene consecuencias en los primeros años, en los que dicho individuo construye su conciencia y la identidad existencial con la cual se desenvolverá. El enfrentamiento traerá como consecuencia que la consciencia se fragmente, dando lugar a una consciencia de sí y otra consciencia para el otro; una vida en que el sujeto obedece a su deseo y otra en la que el individuo convive con la otredad –sus insumos y exigencias–.

Es por demás conocida la postura freudiana en que la vida psíquica es consecuencia de una fragmentación, ésta fue propuesta en dos momentos y en dos conceptualizaciones que aunque diferenciadas se interconectan.

En la primera tónica se tiene un proceso primario³³ –vida psíquica inconsciente–, y un proceso secundario –una vida psíquica consciente–. La primera responde a una necesidad pulsional individual, y la segunda también lo hace, pero con la diferencia de que en ésta última desarrolla un frente común, una especie de sección de relaciones públicas que dará la cara todo el tiempo ante la otredad.

Cuando llamé primario a uno de los procesos psíquicos que ocurren en el aparato anímico, no lo hice sólo por referencia a su posición en un ordenamiento jerárquico ni a su capacidad de operación, sino que al darle ese nombre me refería también a lo cronológico. Un aparato psíquico que posea únicamente el proceso primario no existe, que nosotros sepamos, y en esa medida es una ficción teórica; pero esto es un hecho: los procesos primarios están dados en aquel desde el comienzo, mientras que los secundarios sólo se constituyen poco a poco en el curso de la vida (Freud, 1998c). p. 592

Entre estos procesos tiene lugar una entidad mediadora, se trata de una instancia de censura a la que se denomina represión, su función es impedir que los contenidos del proceso primario alcancen el proceso secundario. La represión nace condenada al fracaso en su afán de impedir que el deseo humano –las mociones pulsionales– alcancen la vida pública, ya que finalmente lo hacen de manera representativa –la más de las veces a desconocimiento del sujeto–.

La segunda tónica freudiana se refiere a la existencia de tres entidades psíquicas a través de las cuales el individuo administra sus mociones pulsionales frente a las exigencias de la otredad; de éstas el Yo puede considerarse la identidad individual secundaria o consciente, el Ello la entidad pulsional por excelencia y el Superyó vendría a ser una especie de juez, censor respecto del yo o consciencia moral.

Así, ya dijimos repetidamente que el yo se forma en buena parte desde identificaciones que toman el relevo de investiduras del ello, resignadas; que las primeras de estas identificaciones se comportan regularmente como una instancia particular dentro del yo, se contraponen al yo como superyó, en tanto que el yo fortalecido, más tarde, acaso ofrezca mayor resistencia a tales influjos de identificación (Freud, 1997). p. 49

La cita precedente a esta manifiesta que el Ello –inconsciente– es la entidad psíquica que se conforma en primer lugar de las tres que conforman el modelo; el Yo viene a ser consecuencia de aquellos objetos hacia los que el Ello dirige su atención y finalmente el Superyó tiene lugar a partir del actuar del Yo.

³³ Freud lo denomina de esa forma en vista de que considera que es realmente ese orden de psiquismo el que lleva al individuo a actuar más que la racionalidad. En esa medida el proceso primario es protagónico o toma decisiones primeramente, antes que la razón pueda tomar decisión alguna, quedando a nivel de estrategia de operativización –es decir sobre cómo llevar a cabo– de una decisión tomada ya en un proceso primario.

Es de esa manera como en su encuentro –y enfrentamiento– con la otredad –la cultura o lo psicosocial– el individuo debe someter su deseo, moldeándolo³⁴ en términos de lo que la cultura permite; en ese punto ingresamos a una dimensión axiológica en la que tiene lugar un conjunto de preceptos de diverso orden, a través de los cuales se considera lo correcto y lo incorrecto, lo moral y lo inmoral.

Jacques Lacan reformuló la visión freudiana de una vida inconsciente incorporando un elemento trascendental para entender la existencia humana tanto en el sentido del desarrollo humano como en el de su identidad individual e inserción social: el lenguaje. Éste da lugar a una estructuración peculiar de la existencia humana, el proceso que lleva a esa estructura final comienza en los primeros días del individuo.

Para la teoría lacaniana tiene especial importancia el periodo temprano de la vida, pues es el tiempo en que se conforman las instancias psíquicas por intermediación del otro, del lenguaje que proviene de la otredad; utiliza el concepto *estadio del espejo* como explicación del momento en que se forma el Yo (Lacan, 2000).

Cuando propone su conocida idea acerca de que el inconsciente está estructurado a manera de un lenguaje, abre dos dimensiones humanas discriminatorias de la realidad; esto queda expuesto en los siguientes tres registros:

A). Imaginario: para lograr que el sujeto cobre consciencia de sí diferenciándose de la otredad deberá pasar por el estadio especular. El proceso permite el surgimiento de una dimensión de realidad individual que se construye con componentes que provienen de la otredad y que permiten a manera de imagen en un espejo observar un sí mismo completo. Lo que “Yo soy” proviene de la dimensión imaginaria, de la imagen que he construido a partir de lo que la otredad me ha aportado.

B). Simbólico: dimensión a través de la cual se discrimina substitutivamente los contenidos presentes en la otredad; dimensión cifrada en un orden inconsciente y accesible

³⁴ En Freud es posible notar una discusión bastante amplia en diferentes tiempos sobre si los diques que contienen la pulsión –energía que produce el deseo– provienen del exterior o son engendrados en la vida psíquica al interior del sujeto; esa discusión inicia desde sus trabajos tempranos en 1905 como Tres ensayos sobre teoría sexual (Freud, 1998f), en el cual la discusión se centra respecto de si en el proceso de instauración de la represión durante la infancia participa la educación, es decir el exterior. Todo ello converge con la propuesta teórica de la instancia psíquica *super yo*, en la cual ésta resulta antagónica a la instancia buscadora de la realización pulsional el *ego*. Hasta llegar a las obras más tardías entre 1927 y 1939 en las cuales la represión y el ego, dejan de ocupar el centro de las discusiones para utilizar el sentimiento de culpa como elemento central.

simbólica o substitutivamente a través del lenguaje, vínculo – éste último– por excelencia del registro simbólico

C). Real: hace referencia a una dimensión desconocida para el sujeto en el orden consciente, puesto que lo que ese sujeto registra acerca de sí mismo es una imagen especular, consecuencia del registro imaginario y construido en términos simbólicos con fragmentos provenientes de la otredad; carne viva en bruto inaccesible, verificable a través de los significantes individuales contenidos en el lenguaje (Lacan, 1974).

El lenguaje para este pensador representa mucho más que solo la expresión oral, es “la condición misma del inconsciente” (Chemama y Vandermersch, 2010, p. 392); es decir que para que el proceso psíquico primario –así como las formaciones a través de las cuales se registra la realidad– tenga lugar es necesaria la presencia del lenguaje. Vale decir que para que el lenguaje esté presente es necesario que antes se haga presencia en su mínimo sentido, que la biología humana esté ahí y, que su desarrollo vaya permitiendo la imbricación del resto de los elementos con la finalidad de que alcancen su punto máximo, es decir la existencia biopsicosocial.

El lenguaje será entonces el vehículo de los significantes, es decir aquellos componentes discursivos, presentes tanto en orden consciente como inconsciente, que transmite o transportan el valor que cada individuo le atribuye a cada cosa; es decir que representan al sujeto determinándolo existencialmente. Es por ello que aun cuando dos individuos manifiesten una misma idea con los mismos términos, es decir con las mismas palabras, éstas en cada uno de ellos obedece a una historia psicosocial única e irrepetible; es ahí donde se ingresa a la dimensión de la palabra del sujeto, de un sujeto del inconsciente. El lenguaje humano y en particular la palabra de cada sujeto, es siempre objeto de una metaforización³⁵ y de una metonimización³⁶, es a través del desciframiento de estas figuras lingüísticas como se llega al develamiento de la situación existencial humana.

Lacan utiliza la imagen de la banda de Moebius³⁷ para ejemplificar como el doble sentido que tiene lugar en el lenguaje, permite identificar en un mismo discurso dos dimensiones de la

³⁵ Proceso por el cual en el registro de la realidad el sujeto substituye un significante por otro en el momento de apropiarlo, lo individualiza y lo apropia.

³⁶ Proceso por el cual en la substitución metafórica que tiene lugar en la transición del lenguaje a la palabra, un objeto conserva parte del objeto substituido, a manera de recuerdo o imagen asociada al término originario. A través de la metáfora y la metonimia tiene lugar el doble sentido del que todo lenguaje es susceptible y en el cual se encuentran los componentes que indican la situación existencial del sujeto hablante.

³⁷ La banda de Moebius es una cinta que antes de encontrarse en sus extremos tiene un giro más, lo cual hace que ambas caras de la cinta coincidan, después de girar en un mismo plano. Es decir lo que corre o circula en un extremo,

existencia humana; es decir que en cada extremo de la banda circulan los sentidos del habla, lo consciente como lo inconsciente, por lo que no es necesario tratar de descubrir la palabra clave o el sentido oculto del decir, sino se trata de la escucha de la palabra del sujeto para identificar los sentidos presentes cifrados en un mismo lenguaje.

La tesis lacaniana acerca de un doble sentido en el lenguaje, es decir el entendimiento de la presencia del inconsciente en el lenguaje a través de figuras como la metáfora y la metonimia han sido retomados por los pensadores de otras disciplinas como la psiquiatría y la antropología, tal es el caso de Kirmayer (1993), quién afirma que los mecanismos de orden simbólico que producen una efectividad en las curas rituales reflejadas en los trabajos etnográficos, tienen en el fondo la misma lógica simbólica presente en la efectividad de las psicoterapias occidentales; todo ello en vista de que detrás del entramado retórico de ambas actividades se encuentra un proceso metafórico que tiene lugar en una dimensión simbólica. Es este elemento el que realmente conduce a la efectividad que puede obtenerse a través de cualquiera de las dos acciones orientadas a curar.

El papel que el estudio del lenguaje ocupa en los círculos tanto científicos como filosóficos no es secundario; por el contrario buena parte de las posturas contemporáneas desembocan en éste o lo consideran esencial y lo que es también relevante para nuestro esfuerzo investigativo es que en el lenguaje coinciden interdisciplinariamente un buen número de visiones respecto de la existencia humana, tanto individual como social. Ese hecho puede ser identificado en el pensamiento de un pensador imprescindible de la filosofía contemporánea como Paul Ricoeur (2012) al afirmar lo siguiente:

Me parece que un terreno en el que coinciden hoy todas las indagaciones filosóficas es el del lenguaje. Ahí se cruzan las investigaciones de Wittgenstein, la filosofía lingüística de los ingleses, la fenomenología surgida de Husserl, los estudios de Heidegger, los trabajos de la escuela bultmanniana y las otras escuelas de exégesis neotestamentaria, los trabajos de historia comparada de las religiones y de antropología que se ocupan del mito, el rito y la creencia y, por fin, el psicoanálisis (p7).

Derivado de ello podemos afirmar que incorporar esta temática en la indagación científica abre la puerta de entrada a una dimensión extensa si no interminable de las visiones en las que se puede identificar no solo la existencia humana, sino su actuar, expresar, vivir y morir.

en el giro siguiente se encontrará en el extremo opuesto y en el siguiente volverá a estar en el mismo como un recorrido interminable.

Es así como nos encontramos en el punto más alejado del extenso panorama existencial que inició con el nacimiento de un organismo viviente cuya inmadurez neuronal le impide tener consciencia de sí.

De esa manera recapitulando la postura de Hegel, en que el deseo es la fuente de la existencia, y siguiendo la conceptualización psicoanalítica la cual afirma que mientras el individuo exista, es decir tenga vida, habrá un deseo activo que lo conduce por los caminos de búsqueda de satisfacción. En esa medida podemos afirmar que el individuo, el sujeto en términos filosóficos y psicoanalíticos es un sujeto en falta, es una entidad existencial que mientras viva buscará un objeto substitutivo de satisfacción de deseo. Jamás tendrá lugar una satisfacción completa de deseo, al respecto Dor (1997) afirma:

Se impone entonces una conclusión: *no existe una verdadera satisfacción del deseo en la realidad*. A pesar de las expresiones que aparecen en el discurso, y que evocan la “satisfacción” o la “insatisfacción” del deseo, la única realidad en la dimensión del deseo es la realidad psíquica. Es la pulsión la que encuentra (o no) un objeto de satisfacción en la realidad, y puede hacerlo precisamente en función del deseo sobre el que Freud insiste diciendo que moviliza al sujeto hacia el objeto pulsional. Pero como tal, *el deseo no tiene objeto en la realidad* (p. 161-162).

Los diferentes periodos por los que pasa el individuo en su desarrollo muestran ejemplos claros de la insatisfacción permanente del sujeto en falta; cuando un niño busca la satisfacción de su apetito lúdico con una golosina al tenerla satisface parcialmente esa necesidad, una vez lograda comienza una vez más su búsqueda de satisfacción; un individuo adulto que busca satisfacción a través de la adquisición de un objeto material deseado se satisface por un tiempo antes de continuar deseando; lo mismo sucede con el deseo sexual que al ser satisfecho continua activo y después de un tiempo busca nuevamente satisfacción.

Todo ello nos lleva a la necesidad de revisar el origen de los objetos substitutivos a través de los cuales el individuo satisface su deseo, es decir a través de los cuales se desenvuelve su existencia; así como de los diversos grados de satisfacción que ese deseo alcanza a obtener dependiendo del grupo social al que pertenece. No debemos olvidar que Hegel propuso que el encuentro del individuo –su consciencia de sí– con la otredad es realmente un enfrentamiento, y es en esa contraposición que el sujeto frustra de diferentes maneras la obtención de satisfacción de deseo.

Recurriremos a una obra artística para ejemplificar lo hasta ahora expuesto, en Pedro Páramo, Rulfo (2013) expone una historia en la que todo inicia con la presencia de Juan

reconociéndose a sí mismo a través de sus antecedentes; cobra consciencia de sí en el momento en que expresa “Vine a Comala porque me dijeron que acá vivía mi padre, un tal Pedro Páramo. Mi madre me lo dijo. Y yo le prometí que vendría a verlo en cuanto ella muriera” (p.5).

En ese punto el personaje comienza su existencia; en el “Vine” se encuentra implícito el Yo que constituye su identidad y que comienza a abrir en el relato la posibilidad de reconocer al individuo que narra la historia, pero que no es el protagonista puesto que muere en un momento en que la obra no ha llegado a su punto medio.

Se trata de una obra escrita con gran sencillez, a su lectura aparece una cotidianeidad que no puede surgir sino en el lenguaje popular, en la palabra común que transmite el sentir de un individuo (Chumacero, 1955). Además de ello el argumento es muy sencillo, pero después de un tiempo en la lectura aparece la impresión de una obra desorganizada si no caótica; se trata de la apariencia que ofrece la existencia sin la consciencia acerca de la propia finitud vital.

En la obra, una vez que es encontrado el hilo conductor o la lógica sobre la que fue construida, todo cobra sentido; la aparente irracionalidad, el desorden y el caos encuentran una lógica. Es por ello que a la primera lectura “los personajes tienen características de seres vivientes, pero también de muertos; no se sabe, a veces, quién habla, o con quién se habla, o de quién se habla” (Leal, 1964, p. 288). La obra inicia con la presentación de un individuo consciente de su identidad, después de eso la obra comienza a perderse en el decir de unos y otros sin que sea posible identificar con facilidad la identidad del hablante; sucede de la misma forma en que el lenguaje de un individuo aparece en cualquiera de sus formas discursivas, sin que sea posible identificar a ciencia cierta el verdadero origen de esa voz, en la medida en que el lenguaje se articula con componentes de la otredad.

En Pedro Páramo puede encontrarse el Deseo al estilo del deseo humano; que para manifestarse necesita de un lenguaje, aunque a condición de la aparente irracionalidad y el caos en la historia; una vez que el lector hace contacto con el otro sentido del lenguaje –lo que equivaldría a la lógica inconsciente humana– se identifica la trama que sostiene la existencia de la obra. Todo ello sucede de la misma forma en que sería posible encontrar un vida psíquica inconsciente en el lenguaje –otro sentido– de un individuo; un deseo que lo sustenta y que lo orienta tras de la aparente racionalidad.

La magistral obra de Rulfo tiene una enorme capacidad para captar la esencia de la existencia humana y de transmitirla a través de la literatura; entre sus líneas se puede identificar

un número interminable de vicisitudes del actuar humano orientado por el deseo en acción intersubjetiva, que podrían ser las de uno o las de otro individuo, o las de uno u otro poblado en México: racionalidad, sentido común, emotividad, actuar pasivo, actuar astuto, despojo de la propiedad, matrimonio sin amor, nacimiento, violencia, terror, abandono familiar, trabajo, comercio, religión, asesinato, enloquecimiento, muerte.

La articulación de la obra nos permite servirnos de ella para ejemplificar el curso de la existencia humana, en la que el individuo puede nacer y vivir sin reconocerse a sí mismo por completo, vivir una vida siendo capaz de identificarse a sí mismo sin tener una consciencia de sí que lo diferencie auténticamente de la otredad. En términos lacanianos podemos afirmar que mientras la obra se desenvuelve, el lector tiene contacto con los personajes en diferentes niveles de realidad³⁸; en ocasiones se encuentran en el plano Imaginario, cuando cada personaje interactúa con otros como si estuvieran vivos, siendo que realmente están muertos, ello porque el personaje necesita de la presencia de otro para poder observarse a sí mismo; en otro momento es posible identificar el nivel de realidad Real, cuando los personajes experimentan caídas de fragmentos de su cuerpo como pedazos muertos de sí mismo, sin que ello los altere en vista de que se trata de una realidad con la que conviven, sabiendo de ella sin tener conocimiento, por lo que al descubrirse así, solo actualizan una realidad que ha estado presente todo el tiempo; el nivel Simbólico se observa cuando todos son conscientes de la existencia que poseen y de la finitud de ésta, que aunque conscientes de ello, son objeto de presencia existencial en la medida en que son parte de un entramado existencial que va más allá de la existencia individual, la historia misma.

El final de la novela es creativamente astuto, la narración termina cuando quién narra descubre que su existencia es parcial y consecuencia de la interacción de la presencia de los otros; descubre que solo parte de su consciencia está viva, que está muriendo en la medida en que los otros gradualmente mueren o están muertos, pero al descubrirlo la historia se desenlaza de la siguiente manera:

Allá atrás, Pedro Páramo, sentado en su equipal, miró el cortejo que se iba hacia el pueblo. Sintió que su mano izquierda, al querer levantarse, caía muerta sobre sus rodillas; pero no hizo caso de eso. Estaba acostumbrado a ver morir cada día alguno de sus pedazos. Vio cómo se sacudía el paraíso dejando caer sus hojas: ‘Todos escogen el mismo camino. Todos se van’. Después volvió al lugar donde había dejado sus pensamientos. [...]

³⁸ Para entender esta analogía no debemos olvidar que “la realidad de los seres humanos se constituye por la imbricación de tres niveles: lo simbólico, lo imaginario y lo real” (Zizek, 2008, p. 18).

‘Sé que entro de pocas horas vendré Abundio con sus manos ensangrentadas a pedirme la ayuda que le negué. Y no tendrá manos para taparme los ojos y no verlo. Tendré que oírlo; hasta que su voz se apague con el día, hasta que le muera su voz’.

Sintió que unas manos le tocaban los hombros y enderezó el cuerpo, endureciéndolo.

—Soy yo, don Pedro —dijo Damiana—. ¿No quiere que le traiga su almuerzo?

Pedro Páramo respondió:

—Voy para allá. Ya voy.

Se apoyó en los brazos de Damiana Cisneros e hizo intento de caminar. Después de unos cuantos pasos cayó, suplicando por dentro; pero sin decir una sola palabra. Dio un golpe seco contra la tierra y se fue desmoronando como si fuera un montón de piedras (Rulfo, 2013, p. 132).

Es posible observar como en la búsqueda del deseo cotidiano, en la respuesta al llamado a almorzar, Pedro Páramo, el personaje en el que se centra la atención final de la obra, cae muerto sobre el suelo sin poder más utilizar lenguaje alguno, como consecuencia de un llamado de la otredad a tomar su verdadero lugar.

Si hay un tema que salta a la vista en Pedro Páramo es el curso entre la vida y la muerte, ello nos conduce al enfrentamiento entre el individuo que nace, se enfrenta a la otredad e irremediamente tarde o temprano dejará de existir, dos extremos de un recorrido existencial. Entre esos dos extremos se encuentra un punto de fundamental importancia para nuestra tesis: el fenómeno mórbido, el enfermar. El cual en términos metapsicológicos y con algunas variantes dimensionales se denomina síntoma.

Respecto de este tema Freud postuló, en su obra *La interpretación de los sueños*, que la presencia del soñar humano tenía una función psíquica; es decir que el proceso psíquico primario estaba manifestándose en el sueño³⁹, y que antes que cualquier otro significado lo que estaba sucediendo ahí era el cumplimiento del deseo a través de la construcción de una historia fantásica, tenebrosa, ilógica, etcétera, y que el descubrimiento del sentido de esa satisfacción de deseo se encontraba en el contenido latente del sueño, al que proponía analizar para descifrar (Mannoni, 1997). Las preguntas que permanecen sin respuesta ante esa explicación acerca de la teoría del sueño, son por qué en algunos sujetos no es suficiente la formación de un sueño para una satisfacción substitutiva del deseo, sino que en lugar de eso el deseo debe tomar una ruta

³⁹ El sueño vendría a ser en la lógica de la interpretación de los sueños, una formación enigmática, es decir una historia figurada cuyo desciframiento remite al verdadero sentido del soñar. Fue a través del estudio del sueño y el descubrimiento de ese sentido oculto del decir en el sueño como Freud tropieza con la existencia del inconsciente.

diferente formando un síntoma que adquiere dimensiones que sobrepasan lo psíquico y se sirven incluso de la materialidad biopsicosocial.

1.4 La búsqueda de satisfacción de deseo y la formación de síntoma

Síntoma es un término de uso cada vez más común en la vida diaria, la fuerte presencia de la influencia biomédica ocasiona que algunos elementos de su terminología aparezcan con mayor frecuencia en el lenguaje común. Dorland (2003) afirma que el término proviene del griego *symptoma*: algo que nos sucede; refiere que en la terminología biomédica indica “dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente, es decir, cómo el paciente percibe dicha situación” (p.1964). En la lógica biomédica el síntoma es importante, más su importancia pierde veracidad si lo que afirma el individuo que lo manifiesta no tiene un sustento verificable positivamente, es decir una comprobación; todo ello porque, como la definición antes citada manifiesta, se trata de una manifestación de la subjetividad del individuo –paciente–, cuya seriedad llega a su fin si no encuentra eco en el criterio científico de la valoración biomédica.

Pero el término no es exclusivo de la biomedicina, la teoría psicoanalítica lo utiliza para designar un objeto cuyas dimensiones disciplinarias van más allá del campo biomédico, es decir se trata de un concepto más complejo; vayamos a éste.

Aquello que se encuentra detrás del síntoma en su versión compleja es lo que hemos denominado en el curso de nuestra tesis lo psicosocial, es decir una imbricación entre la subjetividad individual y la dimensión sociocultural; nos serviremos de la siguiente cita para revisarlo:

Un síntoma para el psicoanálisis es, entre otras cosas, un *enigma* a descifrar, un mensaje que habla de aspectos inconscientes del sujeto, de su historia particular. Pero hay también en el síntoma un aspecto social, una referencia al momento histórico que le toca vivir, a ciertos valores y a la relación de ese sujeto con ellos (Arenas, 2002, p. 27).

Esta definición nos aproxima de manera más completa a la dimensión existencial de la vida humana, pues nos muestra los diferentes planos que se encuentran presentes en la concepción del síntoma. Éste está directamente relacionado con el enfrentamiento del Deseo con el Otro.

A principios del siglo XX Freud describe como *malestar* la presencia de la pulsión humana bajo un intento de domesticación por cuenta de la cultura. La pulsión, que no puede ser sino individual, es objeto permanente de las exigencias de la cultura proveniente del exterior.

Al respecto tenemos que:

La experiencia enseña que para la mayoría de los seres humanos existe un límite más allá del cual su constitución no puede obedecer al reclamo de la cultura. Todos los que pretenden ser más nobles de lo que su constitución les permite caen víctimas de la neurosis (Freud, 1999, p. 171).

Neurosis es un término utilizado en tiempos de esta obra como un componente de la clasificación doble de enfermedades de orden psíquico, en el que su contraparte es la psicosis. De alguna manera es equivalente actual de estrés y en alguna medida ulterior de lo que hoy conocemos como psicopatología. La participación del componente mórbido en el inherente vínculo entre las mociones pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura es claro. Más aún, el autor continúa afirmando que:

La neurosis, hasta donde llega y quienquiera que sea el afectado por ella, sabe arruinar el propósito cultural, y así en verdad promueve el trabajo de las fuerzas anímicas sofocadas enemigas de la cultura, de suerte que la sociedad no puede anotarse una ganancia obtenida a costa de sacrificios (Freud, 1999, p. 180).

El esfuerzo que el individuo hace por contener su deseo difícilmente podrá ser tomado como un logro para la cultura, ya que en la medida en que el individuo contiene su deseo –y si como hemos revisado, represión o contención no es equivalente en esta lógica a desaparición– se vuelve opositor en algún grado de ésta en el intento de aliviar su malestar.

Esta visión concibe el fenómeno mórbido como consecuencia del conflicto sujeto-cultura, dependiendo del grado de frustración que tiene lugar en el sujeto, incluyendo en ello la disponibilidad para el sujeto de herramientas que ayuden a librar el conflicto, así como de la flexibilidad de la normatividad cultural, serán las consecuencias de la represión del deseo.

El punto de inflexión del sujeto frente a la imposibilidad de cumplir con ese orden restrictivo es el síntoma. El síntoma atestigua una realidad, una existencia efectiva aunque –en buena medida– ausente a la verificabilidad de la observación común o desarticulada de la verificación fisicoquímica.

Derivado de la postura freudiana acerca de la formación del síntoma, se han desarrollado diversas posturas teóricas que vinculan la formación del síntoma con otros elementos. De éstas la

postura de Tubert (1999) resulta de interés a nuestro desarrollo teórico-epistemológico; su postura propone que el tiempo en que Freud construyó su obra, era vigente un conjunto de códigos axiológicos –y de prácticas respecto de éstos–, los cuales podían identificarse en las diversas posturas de los pensadores críticos respecto del lenguaje en esos años, y que a su vez orientaban la existencia biopsicosocial de quienes vivían en ese periodo conocido como la Viena de fin de siglo:

El cuestionamiento del lenguaje, sin bien ocupó un lugar central en Viena a finales del siglo XIX y comienzos del XX, no era nuevo sino que tenía una larga historia. La reflexión filosófica ya había enunciado desde los griegos –esencialmente Gorgias– la duda acerca de que los seres humanos pudieran comprender al mundo y entenderse entre ellos mediante el lenguaje. La crítica radical de la función cognoscitiva del lenguaje fue realizada en el siglo XIX por Friedrich Nietzsche, cuyo pensamiento marcó a la intelectualidad austríaca contemporánea de Freud. Nietzsche veía en la transvaloración de todos los valores (*die Umwertung aller Werte*) la única esperanza para el avance de la cultura: se trataba, para él de desintoxicar la vida del espíritu de las frases vacías.

Ludwig Wittgenstein, ya en el siglo XX, situó en el centro de la discusión filosófica el problema del sentido y la significación de las expresiones lingüísticas. Para Wittgenstein toda la filosofía es lenguaje, si lo concebimos como una delimitación entre el sentido y el sinsentido, entre lo decible y lo que sólo se puede mostrar. Karl Kraus, otro contemporáneo de Freud, entendió al lenguaje como enfrentamiento crítico en la decadencia de la cultura (Tubert, 1999, p.16-17).

El período en que esto sucedió fue retratado magistralmente por Janik y Toulmin (1998) en *La Viena de Wittgenstein*. El síntoma con el que Freud, siendo neurólogo, tropezó fue la histeria⁴⁰, cuya sintomatología era evidentemente vinculada a la posición que ocupaba la mujer en la cultura vigente, la cual imposibilitaba su expresión socioafectiva, todo ello en obediencia a la exigencia de fuertes y estrictos códigos de conducta en los cuales las apariencias eran de gran importancia. La propuesta de Tubert es que los elementos socioculturales –psicosociales en nuestro entendimiento– conformaban una especie de red predisponente para la formación del síntoma en los términos en los que podían observarse; es decir que los síntomas, que el tiempo en que Freud construyó su obra, obedecieron o estaban codificados en la lógica contemporánea de ese periodo de tiempo. Como la historia nos muestra, tanto la primera como la segunda guerra mundial pueden considerarse una muestra del conjunto de cambios que la humanidad ha visto

⁴⁰ El fenómeno era descrito por Freud como una afección que presentaba diferentes características entre las cuales figuraban anestias de miembros inferiores o superiores, pérdida del conocimiento, imposibilidad para comunicarse en la lengua materna del individuo y en su lugar aparecía la comunicación en lenguas desconocidas para la paciente, etcétera.

desde la Viena de fin de siglo; de esa forma las condiciones socioeconómicas y políticas actuales se caracterizan por elementos como el comercio globalizado y el desarrollo hiperespecializado científico⁴¹. Ello nos permite pensar que fenómenos como el consumo, la disponibilidad de alimentos industrializados y una serie de diversos factores predisponen el surgimiento de entidades sintomáticas características de este tiempo, como la histeria lo fue en tiempos de Freud; sin lugar a dudas de los principales síntomas biopsicosociales de los tiempos actuales son las afecciones cardíacas y la *Diabetes Mellitus*. Desde esta lógica entonces, al igual que Freud lo hizo en su tiempo, el actual exige una lectura cuidadosa de los códigos axiológicos vigentes, de las prácticas cotidianas de los individuos y de los componentes socioculturales, –o simple y sencillamente del lenguaje–; para, a partir de éstos, identificar la manera como se articula el síntoma en estos tiempos.

Es así que aun cuando un síntoma –enfermedad en la traducción interdisciplinaria biomédica– sea descriptible en orden infeccioso⁴² o en sentido crónico-degenerativo, su presencia obedece en alguna medida a una predisposición que la otredad está ejerciendo en el sujeto; que lo psicosocial –en otros términos– está ejerciendo sobre lo biológico, al respecto Zizek (2008) escribe:

Cuando desarrollo un síntoma, produzco un mensaje codificado acerca de mis secretos más íntimos, mis deseos y traumas inconscientes. El destinatario del síntoma no es otro ser humano real: antes de que un analista descifre mi síntoma, no hay nadie que pueda leer el mensaje. ¿Quién es entonces el destinatario del síntoma?. El único candidato que queda es el gran Otro virtual. Este carácter virtual del gran Otro significa que el orden simbólico no es una especie de sustancia espiritual que existe independientemente de los individuos, sino algo que es sostenido por su continua actividad (p. 21).

Esta postura es una lectura de la obra tanto de Freud como de Lacan, es sin lugar a dudas una versión contemporánea de lo que son los efectos que la cultura ocasiona en el sujeto; una

⁴¹ Aspectos que desarrollaremos en su momento

⁴² Dar un salto de esa magnitud sin argumentar lo suficiente haría de este trabajo un endeble objeto científico. Más aún en el afán de hacer los cruces interdisciplinarios a los que hemos hecho alusión en diferentes momentos. Diversos trabajos han mostrado la manera en que incluso mediante una ejemplificación fisiopatológica tiene lugar el encuentro de diversas realidades, una biológica y una psicosocial. Tal vez el caso más célebre fue el Síndrome de adaptación general propuesto por Hans Selye (1960); a partir de éste se han desencadenado diversos trabajos al respecto que muestran que un motivo no-biológico/psicosocial desencadena una respuesta fisiológica, la cual a largo plazo tiene la potencialidad de desencadenar por diferentes “rutas”, desde compromiso inmunológico, incremento de apetito, sobrepeso, enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática, lesiones accidentales, suicidio y cáncer (Feldman, 2010). Lo que ahí es dado a conocer como una motivación cognoscitiva –en términos biomédicos–, es perfectamente definible como ansiedad –en términos históricos psicosociales– como un interacción psicosocial conflictual; pasamos del término del término valoración cognoscitiva, al de estrés y posteriormente al de conflicto psicosocial; con toda una gama de fenómenos interdisciplinarios mórbidos involucrados.

cultura que es posible pensarla como entidad con una vida propia, pero independiente de la vida consciente del sujeto viviente. Los dos grandes psicoanalistas coincidieron en que es posible considerar que el síntoma es, dicho de manera sencilla, el retorno de aquello que ha sido reprimido; y en esa medida su presencia comprende a su vez la presencia de lo psicosocial en vista de que la represión no es sino aquello que surge del enfrentamiento del sujeto con el otro.

El concepto síntoma quedaría así inconcluso, en el afán de aplicarlo al discernimiento del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, si no traemos a colación el que a continuación se presenta; todo ello como parte de un recorrido que inicia con el nacimiento del organismo vivo, su introducción gradual a la dimensión del otro y su reconocimiento como individuo independiente de esa otredad, así como la lucha entre su particular manera de vivir –vida pulsional, deseo– frente a las diferentes exigencias de la otredad, lo que trae como consecuencia el nacimiento de la vida psíquica.

El goce es un concepto clave en la intelección psicoanalítica de la vida y con ello de la muerte; ineludiblemente se vincula a la vivencia placentera que el sujeto hace cediendo a las mociones del deseo que lo precede, en el marco de la presencia de la ley o la norma que proviene de la otredad. Braunstein (1999), al comparar el concepto con la acepción vulgar del término expresa:

La significación vulgar, la del diccionario, es una sombra de la que conviene distinguirse constantemente si se quiere precisar este término en su sentido psicoanalítico. Y en ese trabajo uno nunca queda del todo conforme; las dos acepciones pasan siempre imperceptiblemente de la oposición a la vecindad. La vulgar hace sinónimos al goce y al placer. La psicoanalítica los enfrenta haciendo del goce ora un exceso intolerable del placer, ora una manifestación del cuerpo más próxima a la tensión extrema, al dolor y al sufrimiento. Y hay que optar: o la una o la otra.

Y heme aquí, dispuesto a eslabonar un discurso sobre el goce, una tarea imposible pues el goce, siendo del cuerpo y por el cuerpo, es del orden de lo inefable a la vez que sólo por la palabra puede ser circunscrito, indicado (p.12).

El concepto goce se encuentra principalmente en la dimensión individual de lo psicosocial, es decir se trata del espacio a través del cual el tiempo aterriza, se materializa, o en términos más precisos humaniza; es la presencia de aquello que la otredad ofrece como significaciones acerca de la vida, del vivir y con ello del disfrute; e ineludiblemente en el extremo final de éste: la muerte.

Si desde esta particular visión, el individuo es un sujeto incompleto, y su existencia se basa en la búsqueda de la completud a través de objetos substitutivos, –que por periodos cambian de rostro– siempre hay un objeto hacia cuya presencia se dirige la investidura libidinal⁴³, la cual recibe en alguna medida satisfacción –temporal, pero en esencia placer–, el goce viene a ser la satisfacción del deseo con cada objeto, mientras éste se encuentra en turno.

En la medida en que el sujeto depende de la otredad para reconocerse a sí mismo, por él pasa todo el tiempo las opciones que son susceptibles de ocupar el objeto de goce; por ello en el goce se encuentra cifrado el trayecto del individuo a través de su grupo social, es decir del sujeto frente a las opciones de satisfacción de su propio deseo, a pesar de las normas y prohibiciones de la otredad; en ese tránsito transcurre la vida y el enfermar; la ausencia de goce traería un vacío, una falla en el proceso de reconocimiento yo-otro con lo que acontecería una ausencia de motivos para la vida y la aceptación de la muerte como solución.

Los principales objetos de satisfacción del sujeto, o simplemente de goce humano, se encuentran en la cotidianeidad; principalmente son aquellos objetos que día con día, repetitivamente otorgan una minúscula parte, dosis de placer o gusto a la cotidianeidad para que la existencia pueda ser llevadera, es decir, para que el sujeto pueda experimentar en sí una cierta satisfacción consigo mismo y con la vida que transcurre; entre esos objetos se encuentra el amor, la alimentación, el vínculo filial propio de la crianza.

Este concepto resulta difícil de concebir sin los precedentes psíquicos que han sido expuestos; su utilización lleva implícito un riesgo de incomprensión si se aparta de éstos, y en su lugar se ubica en el plano de la racionalidad positivista de la conducta comportamental humana.

El goce concierne al deseo, y más precisamente al deseo inconsciente, lo que muestra que esta noción desborda ampliamente toda consideración sobre los afectos, emociones y sentimientos para plantear la cuestión de una relación con el objeto que pasa por los significantes inconscientes (Chemama y Vandermersch, 2010, p. 291).

La búsqueda de los referentes que aluden al goce deben ser buscados en cada discurso individual, pues es en éste en el cual es posible identificar los componentes inconscientes que configuran la realidad particular, valga la redundancia, para cada individuo.

⁴³ Una investidura libidinal es la atención del individuo; se concibe como la energía libidinal necesaria para dirigir la atención en alguna dirección, cuando el individuo identifica un objeto al cual dirigir su atención, dirige hacia éste su energía –libido– envistiéndolo con esa carga de energía. Todo aquello que se dirige hacia ese objeto es denominado investidura libidinal

El papel que este concepto ocupa en todo fenómeno mórbido es protagónico, en la medida en que dicho fenómeno es el producto de una existencia con determinado recorrido temporal, y es precisamente esa temporalidad, en la dimensión de la relación yo-otro, la que es susceptible de mostrar la amplitud suficiente para identificar en ésta las vicisitudes del proceso constructivo sintomático. Evans (2007), concibe este concepto como la puerta idónea de entrada a la dimensión sintomática del sujeto; afirma que el “goce expresa entonces perfectamente la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción” (p. 103). Es así que en el goce es posible identificar tanto placer, como dolor o sufrimiento derivado de la experiencia placentera; se asoma en este acto la escena en que el individuo con diabetes es diagnosticado y por indicación biomédica recibe la prohibición de ingerir alimentos que contengan azúcar o grasas, además de la advertencia de que de no seguir esa indicación la diabetes se agravará y comprometerá su bienestar y vida, a lo que el individuo responde aceptando la comprensión de la indicación biomédica, pero también en su actuar con una imposibilidad para renunciar voluntariamente a los objetos de placer alimenticio que lo han acompañado buena parte de su vida; en ese ejemplo se observa la manera en que se ha establecido un vínculo gozoso entre el alimento y el placer que puede dañar y hasta matar al individuo que goza con la experiencia que la presencia de ese objeto le provee.

Este concepto se ubica, de la misma manera que el concepto síntoma, en una dimensión existencial que inicia con la relación subjetiva yo-otro y que recorre múltiples etapas a través de las cuales esa subjetividad tiene mucho que decir frente a la escasez de respuestas del discurso biomédico.

Esta postura ha estado presente desde hace algún tiempo en los círculos de discusión antropológicos y en lo que desde hace algunas décadas se denomina antropología médica. El enfrentamiento existencial no ha pasado desapercibido para la antropología desde la primera mitad del siglo XX. Antes de que la actual antropología médica tuviera lugar, antropólogas de la llamada antropología cultural norteamericana daban cuenta del vínculo estrecho entre la enfermedad y la cultura (Benedict, 1934; Mead, 1956). George Devereaux (1985) haría valer el

mismo principio introduciéndolo críticamente a un campo bastante incursionado por el biologismo: la psiquiatría durante la Europa de los años 60.

La entrada en escena del principio conflictual sujeto-cultura a través de las diferentes variantes disciplinarias serviría como una especie de paradigma, útil al mostrar la enormidad de las variantes comportamentales observables en diferentes individuos, así como la gran debilidad del concepto normalidad cuando se toman en cuenta los marcos de referencia y las particularidades de la cultura de referencia (Augé, 1998; Musetti, 2006).

La llegada del estructuralismo permitió una concepción más sistematizada del tema, exponentes apegados a esta visión la conciben como elemento rector de la vida social; Lévi-Strauss (1958) encuentra los elementos para proponer conceptos como la eficacia simbólica en la cual un individuo puede ser objeto de suspensión de la vida biológica por efectos de una presión cultural, cuya presencia simbólica pone a funcionar sus propias instancias psicosociales contra sí mismo trayendo como consecuencia la muerte.

Los últimos años la antropología médica, a la par de la sociología médica han visto una expansión de temáticas no sólo en lo que a la concepción de enfermedad se refiere, sino en la forma en que el sujeto percibe y organiza sus percepciones, concibiendo al cuerpo más allá de la vieja noción de cuerpo biológico dicotomizado de la mente; en lugar de ello lo propone como totalidad perceptiva existente –corporalidad– (Lock, 1993; Ots, 1990), en apego a una visión fenomenológica que sobrevive a los años de la Francia estructuralista. Pero en alguna medida la visión del cuerpo como corporalidad no es sino una manera novedosa de hacer hablar la existencia humana, en cuyo esfuerzo se hacen a un lado los elementos que, de acuerdo a esos nuevos principios son irrelevantes, como históricamente lo ha hecho buena parte de los constructos teóricos.

Una vez que nos encontramos en el análisis temático del síntoma, traemos a colación la trascendente importancia del lenguaje para la existencia humana. Hemos expuesto la postura que el psicoanálisis sostiene respecto de éste, y como hemos hecho mención el lenguaje va más allá de la dimensión filosófica, lingüística o psicoanalítica; la tendencia a la interdisciplinariedad se observa con mayor claridad cada vez, al respecto Deborah Lupton⁴⁴ afirma respecto a ese período

⁴⁴ Esta socióloga médica observa el inicio de ese surgimiento de visiones críticas al modelo hegemónico, –sociología de la salud y la enfermedad, antropología médica, dimensión histórica, estudios culturales, discurso y giro lingüístico– tres elementos, que son: el cuestionamiento de la eficacia y la benevolencia de la medicina científica, el posestructuralismo derivado de los trabajos de Foucault y los trabajos feministas sobre género y cuerpo.

que “a finales de los años 80 y a principio de los 90 lo característico fue una propensión al desdibujamiento de los límites entre disciplinas, especialmente entre las humanidades y las ciencias sociales”(Lupton, 1996, p. 5).

La antropología y la sociología médica ha venido construyendo –más sólidamente– las últimas décadas, una diferenciación respecto de aquello que la biomedicina designa como enfermedad, ese desarrollo teórico resulta más que interesante pues, aunque sin ser el único aspecto ni el más sólido, parte del lenguaje para diferenciar la construcción nosológica biomédica, de lo que el individuo expresa.

La diferenciación importante tiene lugar entre los términos⁴⁵ *Illness* –Padecer– y *Sickness* –Malestar– (Good, 1977; Kleinman, 1980; Lupton, 1996; Poss y Jezewski, 2002; Susser, 1990; Vergara Quintero, 2007; Young, 1982), y en menor medida respecto de *Disease* –Enfermedad–; términos que han servido para diferenciar la manera en que el individuo vive y expresa acerca de la experiencia del fenómeno mórbido. García et al. (2008), definen Padecer como:

La experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida). Es una construcción cultural que incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones por parte del enfermo, su familia y las redes sociales (p.134).

Ello nos remite a una dimensión individual que se construye a partir del entorno inmediato; mientras que el término Padecer es utilizado para referirse a la socialización o dimensión sociocultural de la experiencia individual; es decir, desde está lógica el malestar es la socialización del padecimiento.

Ello nos introduce a un plano en el que se puede identificar paralelamente una vivencia acerca de aquello que afecta la existencia individual y a su vez una dimensión grupal de las diferentes voces puestas de manifiesto. Turner (1987), afirma que “es común reconocer que los factores social y psicológico son cruciales en la etiología (causa) del padecimiento” (p. 2); con lo

⁴⁵ Es necesario ser cuidadoso en el manejo de esta diferenciación terminológica que a su vez da lugar a una diferenciación conceptual, sobre todo cuando es posible identificar documentos publicados cuya traducción de la lengua inglesa a la lengua castellana traducen *Illness* como enfermedad; lo cual genera una gran confusión al momento de leer esos documentos, puesto que el motivo que llevó a la construcción de la diferenciación conceptual queda anulado en la traducción y lectura de esos materiales. Un ejemplo de ello es la obra Medicina, racionalidad y experiencia de Byron Good, puede leerse en la edición original en lengua inglesa editada por *Cambridge University Press* como título del capítulo II: *Illness representations in medical anthropology: a reading of the field*. como puede observarse en esta versión el término *Illness* a es utilizado a diferencia de *Disease*; mientras que en la versión castellana de la misma obra, editada por Bellaterra, para el mismo capítulo II se titula: Representaciones de la enfermedad en la antropología médica. Lo cual de entrada hace retroceder el entendimiento de la temática en la obra.

que identifica, a grandes rasgos, dos grandes bloques de la totalidad biopsicosocial y, a su vez abriendo con ello una puerta desde la visión sociológica médica para develar el enorme abanico de implicaciones presentes en el padecimiento.

El padecimiento y el malestar entonces, son útiles para ejemplificar desde la lógica sociológica y antropológica médica, que la enfermedad es algo más amplio de lo que la biomédica afirma, y que a su vez obedece a diversas dimensiones no comprendidas en sus conceptualizaciones. Al mismo tiempo resultan conceptualizaciones de gran utilidad en la medida en que desde estas visiones paralelas a la filosófica y psicoanalítica es posible dimensionar y comprender el enorme abanico de posibles lecturas del fenómeno mórbido humano.

Buena parte de aquello que explica el padecimiento se encuentra en el orden individual, en la medida en que cada individuo tiene la capacidad de utilizar sus recursos lingüísticos para apalabrar su experiencia, de la misma forma como lo hace el síntoma psicoanalítico; en la dimensión grupal –incluso macro– en la que se encuentra el síntoma, se encuentra también reflejado lo que los sociólogos y antropólogos médicos refieren como malestar. No podemos dejar pasar la oportunidad para reconocer el encuentro terminológico y en alguna medida teórico, acerca de la utilización de este último término, en vista de que este mismo fue utilizado por Freud para referirse al efecto que las normas culturales ejercen sobre el individuo, ello quedó plasmado en su obra *El malestar en la cultura* (1998a), en el cual esboza una vivencia individual respecto de lo social y que en la represión del deseo individual, el sujeto puede fácilmente convertirse en enemigo de la cultura y constructor de un síntoma.

La manera en que se concibe el padecimiento desde esta visión socioantropológica da lugar a su vez a la manera particular de entender la exploración metodológica de esa dimensión; de ello se deriva el abordaje de la dimensión del padecimiento en términos prácticos, recurrido a lo que se denomina Narrativas del padecimiento. Es posible identificar diversas posturas frente a esta visión, tal es el caso de Kohler (2002), quién las considera como una forma de estudio de caso; o como Good y Kleinman quienes la consideran como red semántica del padecimiento (Young, 1982). El aspecto más importante, independientemente de cualquiera de las posturas en torno a las narrativas del padecimiento es que, se les considera necesarias ante dos hechos previos:

El primero es que se alcanza a identificar la insuficiencia de la construcción nosológica biomédica –enfermedad– para explicar aquello que se observa y escucha en un individuo que

experimenta un fenómeno mórbido; en ello participa tanto la individualidad así como la pluralidad. Es decir que hay una diferencia entre lo que experimenta un individuo respecto de otro, así como lo que puede experimentar un individuo de un grupo respecto a lo que experimenta un individuo de otro grupo.

El segundo aspecto relevante que, a los ojos socioantropológicos, hace pertinente el uso de las narrativas del padecimiento, obedece al acuerdo respecto de la necesidad de explorar la dimensión del padecimiento mediante una herramienta metodológica que alcance a librar los obstáculos con los que la biomedicina se encuentra en su labor indagatoria; es decir que es necesario tener acceso al testimonio personalizado del individuo y, en algunos casos también del testimonio de su círculo grupal inmediato. Esas son diferencias que tienen como origen el ámbito en que se trabaja, pues mientras algunos antropólogos obtienen esas narrativas en el ámbito médico clínico, otros las obtienen en el trabajo de campo donde los individuos viven cotidianamente.

El padecimiento, entonces a diferencia de la enfermedad, atestigua múltiples asuntos en proceso que la biomedicina, por la visión metodológica de la que se sirve, no está interesada en discriminar y en esa medida no es capaz de atender, esa diferencia puede apreciarse en la ilustración 4; por lo que es necesario ubicarse en una posición diferente respecto de ese individuo que padece para poder tener acceso a la lógica de su padecimiento.



Ilustración 4. Concepto de enfermedad biomédica –en rojo–, que se refiere exclusivamente a lo que el término *Disease* (enfermedad) de la visión socioantropológica médica; mientras que el fenómeno mórbido –en negro–, hace referencia a la visión psicoanalítica de síntoma o a la dimensión del padecimiento y el malestar. En la ilustración se observa la enorme diferencia entre una visión y otra, acerca de un concepto que parece manejarse frecuentemente como sinónimo en los discursos.

Good (2003) afirma que la dimensión del padecimiento, es decir el acercamiento al individuo que padece bajo preceptos diferentes a los que la biomedicina exige, permite obtener un testimonio el cual se ubica en una dimensión reconstructiva de lo sucedido, puesto que “la narrativización del sufrimiento sirve para reconstruir el mundo vital ‘destruido’ por el dolor crónico” (p. 249); es en ese proceso reconstructivo en el que se tiene acceso a la particular manera de concebir la vivencia del fenómeno mórbido, permite también el conocimiento de las vicisitudes individuales enmarcadas en la otredad, así como el conocimiento en alguna medida, del lento proceso de construcción interdisciplinario que siguió la existencia biopsicosocial.

Eroza y Álvarez (2008), explican que “las narrativas se basan en representaciones subjetivas de eventos, vistos a través de los ojos de quien narra” (p. 381), lo cual desde la crítica antropológica médica podría representar una debilidad si se le compara con otros tipos de métodos de obtención de información etnográfica. Ello podría resultar cierto si se busca una veracidad o corroboración con alguna observación o hecho grupal. Sin embargo, desde nuestra postura, las narrativas del padecimiento son un modelo que corrobora el hecho de que cada individuo experimenta una realidad única, orientada ésta por una identidad cuya estructura comprende tanto elementos conscientes como inconscientes; desde esta lógica la subjetividad que es posible identificar detrás de las narrativas del padecimiento corroboran nuestra tesis acerca un modelo científico en el que el lenguaje humano es más que idóneo en la exploración de la existencia humana tanto en sentido racional como irracional, esto último muy característico de los antecedentes individuales de la morbilidad humana.

Resumiendo un poco hasta este punto, tenemos así un modelo interdisciplinario a través del cual es posible identificar la manera en que un individuo se reconoce como tal, teniendo la capacidad de vivir en su grupo social; ello lo ubica en una realidad multidimensional cuya interacción con su grupo social –otredad– lo conflictua y lleva a sintomatizar. Tanto la postura filosófico-psicoanalítica como la socioantropológica médica coinciden en concebir al síntoma como una construcción psicosocial; es decir que aquellos elementos a través de los cuales el individuo construye su síntoma se encuentran en el grupo social en el que se desenvuelve.

1.5 La otredad, lo sociocultural: la institucionalización de lo humano.

En subtítulos anteriores de este mismo capítulo hemos revisado ya el concepto biomédico *Diabetes Mellitus*; ampliando el concepto de vida biológica hemos explorado la dimensión existencial, así como el proceso por el que un organismo viviente se transforma en un individuo y a su vez parte activa-conflictiva de su grupo social. Finalmente revisamos el concepto síntoma y cómo a partir del conflicto deviene la formación de síntoma.

El presente subtítulo se vuelve necesario en el afán de explorar la vida social, así como el papel que juega cada individuo en los diferentes aspectos de todo grupo social, toda vez que la existencia individual se configura de manera única e irrepetible, pero con los componentes existentes en el grupo social. La búsqueda del entendimiento de esa colectividad puede llevarnos a la tediosa necesidad de revisar exhaustivamente temáticas como la política, económica, sociológica, antropológica, de la psicología social, etcétera; en cambio hemos optado por evitar esa complicada maraña de temáticas confrontativas –que corre siempre el riesgo de ser interminable–, en la medida en que aquello que nos interesa es identificar el tránsito bidireccional entre el sujeto y la otredad⁴⁶, así como su ruta mórbida.

Por ello hemos optado por incluir aquí el análisis de la dimensión amplia de la vida sociocultural, a la cual en algunos ámbitos disciplinarios se denomina dimensión Macro y que se encuentra en constante tensión con una dimensión Micro a la que se puede ubicar en los contextos cotidianos o locales (Ritzer, 2002). Dicha tensión confirma la idea acerca de que la globalidad se encuentra presente incluso en el rincón más alejado de un país poco sobresaliente en la escala mundial. A su vez, queda claro que fenómenos económicos como el capitalismo, que se encuentran muy vinculados a la globalización, afectan no solo a la vida cotidiana del individuo y los grupos sociales, sino por extraño que parezca también a sus diferentes ámbitos como son la generación del conocimiento científico y la conformación de los sistemas de salud oficiales; es en ese punto donde esta temática se vincula con el fenómeno *Diabetes Mellitus*.

Para no perder el contexto que hasta ahora hemos venido construyendo, partiremos del enfrentamiento que tiene lugar entre el sujeto y la otredad; éste es sumamente complejo y puede observarse desde diversos planos humanos –individual, familiar, y grupal, económico–, así como

⁴⁶ Es decir una dimensión de la colectividad que trasciende la materialidad física y alcanza niveles de subjetividad en el sentido de la individualidad como en el sentido de la cientificidad; por ello, en el afán de incorporar a la discusión dimensiones colectivas como la simbólica o imaginaria, nos damos a la tarea de nominarla de esta manera.

en diversas dimensiones de una realidad compartida. El tema ha sido discutido ampliamente desde diferentes visiones, dentro de las cuales es posible identificar la idea acerca de que los grupos sociales –y todo aquello que se refiere a éstos– obedecen a una verdad disciplinar que debe ser entendida al interior de los márgenes impuestos por las diferentes disciplinas científicas y con ello en sus propios términos.

Es en ese punto en el que surge la necesidad de recurrir a la visión interdisciplinaria, que se observa cada vez más necesaria ante esa realidad. Es así que nos disponemos a tomar de las diferentes visiones disciplinarias, así como de los esfuerzos interdisciplinarios, las ideas necesarias para explicar sistemáticamente aquello con lo que la presente investigación se encontró en el trabajo de campo. Daremos cuenta entonces de éstas.

Es posible entender al individuo como el principal administrador de su propio deseo y del actuar que éste ocasiona, lo cual a su vez nos lleva a la necesidad de concebir una administración de la pluralidad del actuar individual; ello como consecuencia de una dialéctica que tiene lugar entre el individuo y su colectividad. Es a través de la institucionalización como ello tiene lugar en los grupos humanos; de esa manera es posible identificar la ruta que sigue el deseo, que emerge de la individualidad y alcanza la dimensión colectiva tomando diferentes rostros en los diversos ámbitos en los que se éste se desenvuelve.

Entendemos como grupo humano básicamente a aquella conjunción de individuos cuyos motivos de cohesión grupal, de alguna forma, son compartidos de manera identitaria (Javaloy, 1993); con esto pretendemos, antes que nada, aclarar la significación básica acerca del grupo humano, pues aunque el concepto tiene una historia regularmente establecida, lo consideramos en esencia un vínculo humano que es el resultado de una historia y circunstancias –tiempo y espacio– particulares.

Al interior de los grupos humanos tiene lugar un conjunto de ordenamientos, normas, estatutos y reglas; su presencia está relacionada con la existencia del grupo y con las necesidades de éste. Ese conjunto de preceptos pueden tener lugar de manera formal –como es el caso del matrimonio cuya existencia es formalizada por un Registro Civil– o informal –como es el caso del noviazgo–, y sea cual fuere su naturaleza cumplen una función sin la cual la subsistencia del grupo se vería comprometida, puesto que la exigencia del cumplimiento de la voluntad de un individuo o subgrupo obstaculizaría o anularía la posibilidad de una funcionalidad armónica. Es

posible identificar como instituciones a diferentes figuras sociales, en éstas se encuentran los distintos ideales grupales.

La institución es concebida como un producto de la habituación, es inherente a lo humano y su existencia obedece a una lógica eminentemente social; la institución tiene lugar gracias a la necesidad de la reproducción habitual de la conducta socializada, puesto que a través de ella se hace presente un conjunto de procedimientos y normativas, siendo así que “aún el hombre solitario tiene por lo menos la compañía de sus procedimientos operativos”(Berger y Luckmann, 2001). De esa manera el individuo no necesita construir procedimientos acerca de su actuar, sino solamente debe conducirse dentro del marco normativo formal o informal de su grupo social; ésta es, si no la principal, al menos la más útil de las funciones institucionales, es decir la de auxiliar al individuo de la carga psicológica de decidir qué hacer, a lo que simplemente tendría que seguir el procedimiento cotidiano. El individuo queda así, sujeto a la presencia, pero sobre todo al efecto de la institución a la cual no puede desaparecer o invalidar a voluntad; teniendo lugar entonces, una relación dialéctica entre el individuo y el mundo social, siendo éstos posibles solo como procesos sociales, sujetos todo el tiempo a condiciones de tiempo y espacio específicos.

Para Giddens, el principio de toda sociedad es un conjunto de principios, la presencia de *principios estructurales*. Éstos pueden ser de raíz y de extensión; los primeros obedecen a una lógica individual en la que los registros mnémicos poseen una cualidad de profundidad –una especie de identidad individual psicosocial– los cuales sustentan el actuar rutinario, permitiendo la permanente producción de las prácticas sociales; el segundo son precisamente las prácticas cuya extensión en la dimensión del tiempo permite la reproductividad y existencia administrada de las prácticas de profundidad. Ante ello tenemos una visión de teoría social que comprende la participación de la subjetividad humana en el proceso social, dando lugar y otorgando estratégica posición a la institución; ello puede observarse en la siguiente cita:

Decir que estructura es un ‘orden virtual’ de relaciones transformativas significa que sistemas sociales, en tanto prácticas sociales reproducidas, no tienen ‘estructura’ sino que más bien presentan ‘propiedades estructurales’, y que una estructura existe, como presencia espacio-temporal, sólo en sus actualizaciones en esas prácticas y como huellas mnémicas que orientan la conducta de agentes humanos entendidos. Esto no nos impide imaginar que las propiedades estructurales presenten una organización jerárquica en los términos de la organización espacio-temporal de las prácticas que ellas organizan recursivamente. A las propiedades estructurales de raíz más profunda, envueltas en la reproducción de totalidades societarias, denomino *principios estructurales*. Y las prácticas que poseen la mayor extensión espacio-temporal en el interior de esas totalidades se pueden denominar *instituciones* (Giddens, 2011, p.54).

Este autor deja claro que tanto en el extremo más profundo, como en el más extenso de la sociedad se encuentra el actuar humano, que con su presencia y recursividad construyen los elementos que conforman una sociedad dada. En el esfuerzo que Giddens hace por evadir el determinismo que caracterizó al estructuralismo ortodoxo, deja claro que los principios estructurales obedecen a una dimensión espacio-temporal determinada; es decir que las cualidades de una sociedad dependerán tanto del lugar en que se encuentre así como del tiempo en que esa sociedad sea observada y estudiada.

Tanto los individuos como las instituciones que conforman un grupo social específico edifican históricamente las condiciones para la aparición de los principios estructurales de ese grupo. Con ello tenemos que las diferentes entidades sociales observarán diferentes principios, rostros o composiciones. Al respecto Castoriadis expone lo siguiente:

La sociedad es creación, y creación de sí misma autocreación. Es la emergencia de una nueva forma ontológica –un nuevo eidos– y de un nivel y modo de ser. Es una cuasi totalidad cohesionada por las instituciones (lenguaje, normas, familia, modos de producción) y por las significaciones que estas instituciones encarnan (tótems, tabúes, dioses, Dios, polis, mercancía, riqueza, patria, etc.). Ambas –instituciones y significaciones– representan creaciones ontológicas (Castoriadis, 1997, p. 4).

Derivado de lo anterior, aquello que emerge de cada composición espacio-temporal son las instituciones y los ideales al cual éstas conducen; es decir que en un mismo tiempo tienen lugar diversos procesos de orden individual y a su vez de orden social, cuyo conjunto da lugar a un grupo social específico, el cual en la medida de las particulares condiciones espaciotemporales es irreplicable. Mientras las circunstancias necesarias para la llegada de un nuevo individuo se configuran, –es decir que las circunstancias biopsicosociales sean las adecuadas para que una pareja de individuos humanos conciba a un nuevo organismo vivo, así como la introducción gradual de éste a la vida social– tienen lugar dos procesos dignos de revisarse en nuestro análisis.

El primero de ellos es lo que Freud llamó *huellas mnémicas* que no son sino la inscripción de acontecimientos en la memoria, entendiéndose esta última como diferentes sistemas consciente-inconscientes y que en la medida de su estimulación psicosocial se activan sin importar la edad en que se encuentra el individuo, llevándolo a orientar su vida y también con ello su actuar cotidiano (Laplanche y Pontalis, 1996). En el pensamiento de Bourdieu esta idea cobra amplitud alcanzando niveles dialécticos, a manera de una tensión entre lo individual y lo social; las huellas mnémicas freudianas son concebidas como la “génesis social de los esquemas

de percepción, de pensamiento y acción que son constitutivos de lo que llamo *habitus*; y por otra de las estructuras sociales”(Bourdieu, 1987, Cit. en Giménez, 1997, p. 3); de esa manera el *habitus* lleva a ordenar la vida social y con ello también la institucional. Giddens, por su parte decide no prescindir del término freudiano y conserva huellas mnémicas; en su pensamiento – como hemos expuesto en su última cita– se trata de propiedades estructurales de toda sociedad; las huellas mnémicas para este sociólogo forman parte de una visión dual en la que dichos elementos orientan la *conciencia práctica*, que no son sino “lo que los actores saben (creen) acerca de condiciones sociales, incluidas en especial las condiciones de su propia acción, pero que no pueden expresar discursivamente” (Giddens, 2011, p.394); mientras que la conciencia discursiva representa aquello que los individuos son capaces de expresar verbalmente respecto de lo que sucede en la dimensión social, específicamente aquello que orienta su propia acción.

El segundo de los procesos que tiene lugar como condiciones estructurales de toda sociedad es el proceso de institucionalización; sin lugar a dudas este tiene lugar entre seres vivientes que han alcanzado el estatus de individuos –como resultado del proceso revisado en subtítulos anteriores de este mismo capítulo–. Aquello que condiciona la vida social y exige la presencia de la Institución es precisamente resultado de ese proceso, puesto que no se trata solamente de aquello que los individuos buscan como ideales humanos universales, sino de aquello que es necesario establecer, delimitar, y/o legislar, para evitar que cualquier individuo conduzca al grupo en una dirección inaceptada o no consensuada. Interdisciplinariamente la institución alcanza diversas dimensiones, se erige como necesaria ante la repetición comportamental de los individuos, las diferentes dimensiones en las que se erige pueden llegar a ser nacionales o internacionales, legales o morales, públicas (oficiales) o privadas, comerciales, financieras, y desde luego en materia de salud. En ese proceso constructivo que se retroalimenta constantemente tiene lugar una construcción permanente y actualización de un *deber ser*, que sugiere en el ámbito no legislado, e indica en el normado, el actuar del sujeto; la presencia de ese deber ser, moldea el actuar humano dirigiendo algunos aspectos comportamentales, y obligando a la generación de otros como consecuencia de la imposibilidad del sujeto del inconsciente a obedecer a la perfección la norma institucional. Como hemos ya expuesto previamente en este mismo capítulo, será ese choque o enfrentamiento entre el sujeto del inconsciente, –cuyas huellas mnémicas orientan el actuar del individuo hacia una dirección comportamental que lo conmina a cumplir con su deber pero que lo obliga a cumplir con su deseo–, y la Institución el que orienta la

expresión existencial sintomática. El síntoma, como hemos expuesto⁴⁷, lleva inscrito en su presencia la voz tanto del individuo como del grupo social en el que tiene lugar; todo ello se encuentra a su vez bajo la influencia de instituciones de orden transnacional. Ello nos lleva a la necesidad de revisar el aspecto macro de la dimensión social, su impacto en la vida psicosocial y en la manifestación de todo ello como fenómeno mórbido.

El tema de la globalización es tan complejo como extenso, ésta puede ser entendida como “aumento de la actividad económica internacional” o “advenimiento de una nueva era para la economía mundial” (Petras, 1999, pp. 9-10); en la medida en que se le considera un fenómeno de raíz esencialmente mercantil, diversas voces ubican sus orígenes en el siglo XV como resultado de la conformación del capitalismo y el ejercicio de extensión comercial hacia los territorios de ultramar que tuvo lugar en ese siglo, principalmente a cargo de las potencias europeas (Beck, 2008; Petras, 1999).

El análisis del fenómeno global permite entender las diferentes dinámicas que suceden en la dimensión local, así como la delicada tensión que tiene lugar entre una y otra; ese análisis – grueso– que descubre la interacción entre esas dos dimensiones sociales a su vez devela otros procesos que paralelamente tienen lugar también por efecto de la globalización, un ejemplo claro de ello es el impacto manipulador de la institucionalidad transnacional, la cual desemboca en interés mercantil capitalista sobre el conocimiento científico. Este a su vez puede dividirse en dos aspectos: impacto sobre las directrices científicas y el impacto sobre la cotidianidad.

1.5 a. Producción científica

Tanto el conocimiento científico, como el ejercicio indagatorio que lo produce están sujetos a la presencia e influencia de la institución. Es posible concebir la práctica científica aisladamente, – es decir sin vínculo institucional– todo ello en el supuesto de que la ausencia de la condición salarial dejara de ser motivo de preocupación para el investigador; sin embargo esa producción científica no tendría valor alguno si no tomara en consideración en alguna medida los preceptos teóricos de una comunidad científica. Luego entonces, el ejercicio científico en la actualidad no tiene reconocimiento si no es en el seno de la institución: corporativos, universidades, facultades, laboratorios, centros de investigación, publicaciones, índices, arbitrajes, etcétera, certifican, albergan y/o financian la investigación que lleva a la construcción del saber científico; la

⁴⁷ En el subtítulo 1.4 exponemos los componentes del concepto Síntoma y analizamos los vínculos de éstos con la Diabetes Mellitus.

producción científica es entonces objeto por los atributos ontológicos de la institución científica en la que se crea, a la manera en que –como hemos expuesto– Castoriadis (1997) concibe la creación de la institución y los significados que de ésta emanan.

De acuerdo a lo hasta aquí expuesto la Institución es necesaria para la subsistencia del individuo y de la vida en sociedad –todo ello en nombre de una “armonía o justicia social”–, por ello el sujeto se ve convocado a obedecer o mantenerse al interior del marco ideal institucional; en ese proceso la institucionalidad y sus significados explícitos o implícitos se convierten en un vínculo idóneo para la manipulación de los grupos sociales a través de los ideales que toda institución comprende y que bajo un rostro público bondadoso puede conducir a otro destino diferente. Fue precisamente la existencia del doble mensaje no solo del ideal y el actuar institucional, sino también de las grandes narrativas histórico políticas –que también pueden considerarse resultado de ideales institucionales–, lo que llevó a Paul Ricoeur a identificar en la obra de pensadores como Nietzsche, Marx y Freud como ideas desenmascaradoras y a denominarlos maestros de la sospecha, en la medida en que sus ideas develan la falsedad oculta en la racionalidad y la verdad como valores heredados de la ilustración (Ricoeur, 2012).

Sin perder de vista la presencia del fenómeno global eminentemente económico, diversas voces han anunciado una peligrosa alianza entre “la ciencia y la técnica modernas con el capitalismo (como modo de producción) permitiendo el dinámico desenvolvimiento de ambos, subordinando los intereses de la producción científica a los intereses del capital”(Cabrera y Pons, 2010, p. 172); esa subordinación a la que es sometida la producción científica está lejos de ser unívoca, tiene diferentes vertientes, pues así como están presentes los intereses del capital, también lo están los intereses de la vida política, ésta última forma parte importante del mecanismo sobre el cual opera el fenómeno global, ya que sin ésta la vida mercantil encontraría múltiples obstáculos para la expansión-recepción de las prácticas económicas globales; todo ello conduce a la observación que muestra la manera en que la “actividad económica (especulación financiera o inversión productiva) y su ubicación dependen de decisiones sociopolíticas y de la capacidad del Estado para ejecutarlas. La política está al mando de la tecnología” (Petras, 1999, p.12).

El vínculo que se establece entre instancias económicas o políticas con la producción científica se encuentra presente en los fundamentos básicos del proceder tecnológico, en la técnica; ese vínculo, como hemos dicho, no es recíproco, los participantes en esa vinculación

están sujetos a una tensión entre los intereses de las diferentes instituciones involucradas en el proceso tensivo. Es por ello que la producción científica puede resultar incuestionable en sus ámbitos propios, puesto que se trata de un conocimiento generado en condiciones epistemológicas óptimas. Por ello no se trata de una auténtica indagación científica –con el correspondiente deber ético–, al servicio de los ideales del grupo social –los cuales deberían encontrarse en los ideales institucionales–, sino sirven a los intereses emanados de los ideales institucionales del capital y de la manipulación política. A través de ese ejercicio científico se produce un conocimiento veraz, una racionalidad epistemológicamente congruente y eficaz, pero producido manipulatoriamente al servicio de los intereses metacientíficos con la finalidad última de controlar el mercado o la opinión pública, más específicamente se trata de una producción científica al servicio del poder. Al respecto tenemos que:

Esa racionalidad sólo se refiere a las situaciones de empleo posible de la técnica y exige por ello un tipo de acción que implica dominio, ya sea sobre la naturaleza o sobre la sociedad. La acción racional con respecto a fines es, por su estructura misma, ejercicio de controles. Por eso, la “racionalización” de la vida según criterios de esta racionalidad viene a significar la institucionalización de un dominio que se hace ya irreconocible como dominio político [...] La técnica es en cada caso un proyecto histórico-social; en él se proyecta lo que una sociedad y los intereses en ella dominantes tienen el propósito de hacer con los hombres y con las cosas (Habermas, 1986, p.55).

Dicho de otra manera se trata de una ciencia que se desarrolla al servicio de quien la legitima, sostiene, y/o financia. Las instituciones de orden transnacional que protagonizan el fenómeno global, sin duda se encuentran detrás del mayor número de auspicios y soportes a la producción científica; ese auspicio lleva consigo la exigencia del apego del proceder científico a las políticas institucionales, dentro de las cuales difícilmente figuran como prioritarios los ideales de bienestar, vida, salud; antes de éstos se encuentran los de productividad, ingresos, ganancia.

El ámbito de la vida y la morbilidad no es la excepción, diversos teóricos han identificado a las instituciones, y dentro de ellas las que atienden la salud, más que como entidades creadas para proteger a los miembros de una sociedad, como entidades colonizadas por la búsqueda del poder, la manipulación y la mercantilización; un ejemplo de ello es el discurso biomédico – conocimiento, técnica, hospitales, centros médicos– pasan a ser espacios de “transformación técnica de los individuos⁴⁸” (Foucault, 2004, p. 235) a favor de la explotación mercantil de ese

⁴⁸ Con esta expresión no hacemos sino equiparar la función normativa y de control sobre el individuo de las diferentes instancias político-económicas, hacemos alusión a las líneas que en su totalidad refieren: “ En suma, el encarcelamiento penal, desde el principio del siglo XIX, ha cubierto a la vez la privación de la libertad y la

rubro. Se trata de instituciones cuya finalidad pública es la atención a problemáticas sociales cuya existencia puede constatarse, por lo cual la presencia de la institución es más que legítima; sin embargo en el análisis fino de su existencia muestran diversas irregularidades para la verdadera atención de los fenómenos sociales para el cual fueron creadas, con lo que surge la interrogante acerca de una funcionalidad diferenciada a la que sus ideales originarios indican. Aquellas entidades beneficiadas en esa doble función de la institución son tanto los intereses del ámbito políticoeconómico como individuos pertenecientes al ámbito de la producción científica que obtienen beneficios con esas alianzas.

Al respecto tenemos lo siguiente:

Hay, por consiguiente, convergencia espontánea, y profundamente arraigada, entre las exigencias de la *ideología política* y las de la *tecnología médica*. Con un solo movimiento, médicos y hombres de Estado reclaman en un vocabulario diferente, pero por razones esencialmente idénticas, la supresión de todo lo que pueda ser obstáculo para la constitución de este nuevo espacio (Foucault, 2009, pp. 63-64).

La biomedicina y sus prácticas han sido auscultadas y los resultados de esa revisión muestran que la ciencia no ha dejado jamás de serlo; sin embargo también es posible notar que ha sido manipulada y utilizada como herramienta o mecanismo de control cuyo fin es la obtención de beneficios. Aquellos que enfrentan las consecuencias de esa manipulación terminan siendo los individuos que no forman parte de las estructuras institucionales involucradas, es decir los círculos sociales de personas desprotegidas, burócratas, obreros, personas que viven día a día, en pobreza o pobreza extrema y que resulta ser la gran mayoría de los miembros de los grupos sociales. En ese proceso la ciencia biomédica es presentada como la disciplina protagónica para la comprensión de la vida y la morbilidad, ésta responde aplicando los métodos científicos que la conforman y emitiendo criterios diagnósticos cada vez más aislados de la realidad holística humana, lejos de la interdisciplinariedad; con el respaldo de la institución, a pesar de todo cuestionamiento, su presencia avanza y se afianza:

La medicina, tanto en el modo de producción capitalista como en el socialista, utiliza a modo de instrumentos de su práctica conceptos científicos emanados de distintas disciplinas previamente constituidas con el estatuto de ciencias. Para realizar esa práctica técnica que le está encomendada, la medicina contemporánea produce, en tanto que objetos de conocimiento, el concepto de las enfermedades que luego deberá explicar (Braunstein, 1997, p.30).

transformación técnica de los individuos”, paralelismo que encontramos en la función de la institución de la salud desde el punto de vista meramente práctico al no poder responder científicamente al problema.

En esa lógica, la biomedicina responde creando herramientas para atender los problemas sociales que impactan, como hemos visto de acuerdo a la teoría del síntoma⁴⁹, a la existencia biopsicosocial incluido en ello al cuerpo biológico; con ello se genera un modelo de atención eficaz, cuya pertinencia se limita a una de las tres instancias existenciales humanas.

Por ello de las más altas élites científicas proviene un sesgo, de interés para nuestra temática, pero que a su vez deja ver cómo la tendencia utilitaria influye en los círculos científicos. Al respecto Zizek afirma que la filosofía, bajo la cual se organiza el pensamiento científico –principalmente biomédico– contemporáneo ha confundido su objeto, al grado de observarse cómo:

en los Estados Unidos de hoy –en las condiciones impuestas por el predominio del cognitivismo y de los estudios sobre el cerebro en los departamentos de filosofía– la mayor parte de la “filosofía continental” tiene su lugar propio en los departamentos de literatura comparada, estudios culturales, inglés, francés y alemán (si estudias la vértebra de una rata, se entiende ahora, estás haciendo filosofía; si analizas a Hegel, perteneces a la literatura comparada) (Zizek, 2006, pp. 13-14).

La historia del cognitivismo es una muestra del peso de una ideología hegemónica sustentada por intereses político-económicos sobre las prácticas científicas.

Esa tendencia no es reciente, puede encontrarse bellamente novelada a inicios del siglo XIX en la obra de Mary Shelley (2010), cuya narrativa demuestra las desenfrenadas esperanzas depositadas en las ciencias y la promesa sobre su ilusión de control de la vida y con ello de la muerte. Frankenstein pasa de ser un prometedor médico a ser una monstruosa creación a través de un engendro cuya vida artificial no hace sino acercarle lo que pretendía evitar, le acerca la muerte. El esfuerzo de humanización del Dr. Frankenstein deviene catástrofe; con ello se adelanta a mostrar las probables consecuencias de esa ilusión que hoy se asoman como realidad literal en las prácticas de atención médica institucional. El Dr. Frankenstein observó un problema, utilizó los medios científicos de los que disponía y les construyó una solución, el final de la historia es conocido.

Respecto de la *Diabetes Mellitus*, la presencia de su entidad nosológica⁵⁰ obedece a un interés biomédico, pero también a uno politicoeconómico; a través de la entidad diagnóstica se han impulsado diversas prácticas protocolizadas y orientadas a mantener alternativas de atención al fenómeno –la enfermedad–, pero a su vez para introducir la necesidad de objetos “necesarios

⁴⁹ El subtítulo 1.4 expone y desarrolla los elementos acerca del Síntoma necesarios para su intelección.

⁵⁰ revisada a detalle en el subtítulo 1.2

para su control⁵¹”. Todos esos objetos supuestamente “necesarios”, producto de los intereses metacientíficos, devienen verdaderamente necesarios; al final todo resulta cuadrar en una especie de cartografía científica que vende y a su vez impone la idea de que la vida se reduce a la organicidad biomédica (Fassin y Fassin, 2013). En todo ello sin duda están implicados los intereses que sostienen la globalización, puesto que todos los criterios médicos obedecen a una estandarización internacional, cuyo ritmo es marcado por la producción científica de las naciones protagónicas.

1.5 b. Cotidianeidad

En lo que respecta al impacto de la globalización sobre la cotidianeidad, el principal aspecto, aunque no el único es la mercantilización que el fenómeno conlleva sobre las prácticas cotidianas locales y con ello su influencia sobre el individuo. Aparejada a este último se puede identificar una cosificación y/o materialización de los procesos humanos. Si tomamos como ejemplo la dimensión de la vida y la morbilidad humana, se puede observar un esfuerzo de reconstrucción y a su vez de estandarización acerca del vivir y el enfermar, como si se tratara de imponer una única versión de realidad, –la cual sin duda cada individuo experimenta con singularidad–, todo ello en busca de adaptar dicha realidad a un modelo positivista de atención biomédica, dentro de los cuales se encuentra la búsqueda de inmediatez. En ese proceso la atención de los individuos respecto de su propia existencia se desvía en dirección de una cosificación materialista que ha venido gradualmente a transformar la vida cotidiana; la repetición constante a la que está sujeto el individuo –por cuenta de la institución– hace que se intensifiquen prácticas cotidianas como la alimentación, el entretenimiento, la actividad física, etcétera. Todo ello a su vez ha ocasionado el surgimiento de nuevos fenómenos mórbidos, como si se tratara de verdaderas epidemias; tenemos el caso del alarmante incremento de casos de *Diabetes Mellitus*. Vayamos al análisis del delicado desequilibrio a través del cual la “realidad”, y la ciencia que estudia ésta en su dimensión biomédica, se ven afectadas por el fenómeno global.

Como dejamos en claro en el apartado anterior, los intereses político-económicos globales se encuentran presentes veladamente tras la enorme estructura nosológica del discurso biomédico y los protocolos de atención.

⁵¹ Fármacos específicos, tecnología para la medición de las diversas sustancias o fenómenos involucrados, consultas médicas, aparatos de rehabilitación, clínicas, hospitales, quirófanos, instrumental médico-quirúrgico, etcétera.

Un fenómeno mórbido –*Diabetes Mellitus*– que emerge amenazante y descontroladamente es atendido por las instituciones en los términos en que fue planteado, es decir biomédicamente. Las acciones emergentes, que a su vez en esta lógica se observan ciegas respecto del complejo fenómeno que atienden, no están dirigidas sino a *controlar* algo que de antemano se conoce incontrolable: la alimentación, el consumo, el disfrute –incluido en ello la sexualidad–, el entretenimiento; todo ello a través un modelo de atención biomédica centrado en el control farmacológico (Guerrero, 2004; Ramírez Campos, 2014), quirúrgico-hospitalario y –prioritariamente– de intervención al momento en que el fenómeno mórbido se presenta (Rachel et al., 2009). Todas esas prácticas son a su vez promovidas por la contraparte institucional capitalista globalizada, quién produce con su inundación –producción, mercantilización (prácticas de poder manipulatorio sobre el mercado, es decir los grupos sociales)– desmedida de objetos de consumo, la interiorización del ejercicio del poder en el cuerpo.

Foucault dejó claro que el ejercicio del poder bajo la investidura institucional no permanece inconsecuente, sino ‘de golpe, aquello que hacía al poder fuerte se convierte en aquello por lo que es atacado... El poder se ha introducido en el cuerpo [de los ciudadanos], se encuentra expuesto en el cuerpo mismo’ (Foucault, 1992, p.112), y regresa a las instituciones –en este caso de salud– para su atención y restablecimiento. El cuerpo y su historicidad, al igual que la región (cuerpo social) en que ese sujeto habita, muestran los registros del ejercicio institucional (Salazar, 2013).

La historia de esas prácticas puede rastrearse y llevarse a su máximo nivel de hostilidad a través de las voces de grandes pensadores en diferentes periodos de tiempo, éstas afirman que los desarrollos científicos –cuya apariencia científica esconde intereses político-económicos–, lejos de responder a la función utilitaria en beneficio de la humanidad, lo han hecho en una dirección opuesta; esas voces coinciden en que la ciencia, noble creación humana, está siendo utilizada para su propia aniquilación (Freud, 1998b; Giddens, 2007; Heidegger, 2012); al respecto Adorno y Horkheimer (1971) manifestaron una profunda desilusión con el actuar de la ciencia al servicio del poder económico, su trabajo expresa el efecto de borramiento del sujeto además de sus necesidades, como consecuencia de un vínculo en el que “el individuo se ve reducido a cero frente a las potencias económicas” (p. 4). Líneas arriba⁵² concluíamos que frente a la cultura el individuo no hace sino conducirse de acuerdo a un *deber* ser exigido por la institución, también

⁵² El subtítulo 1.3 y sus tres subtemas aluden a la formación de la consciencia individual y al proceso vinculatorio de ésta con el grupo social al que pertenece, comprendido en éste al concepto Cultura.

hemos mostrado el grado de manipulación de intereses que inician en los niveles económicos globales y descienden en cascada con todo nivel inferior con el que éstos tienen contacto.

Diversas prácticas económicas orientadas por políticas corporativas que buscan antes que cualquier otra cosa tener ganancias, especializan tanto sus procedimientos que se vuelven verdaderas armas de manipulación mercantil, que aunque se encuentren dentro de los linderos de la legalidad, su actuar transgrede los márgenes morales en los que el individuo ordinario queda fácilmente atrapado. Prueba de ello son las grandes campañas publicitarias, que utilizan la imagen de personajes de la industria del entretenimiento, para generar un gusto por determinada bebida gaseosa, por comidas rápidas, bebidas alcohólicas y el uso cotidiano de fármacos para paliar las consecuencias que a la salud conllevan dichos excesos.

Sólo en el ramo de la alimentación rápida es posible identificar la presencia de un consumo desmedido de alimentos⁵³, cuyo éxito comercial se ve apoyado por grandes campañas publicitarias, además de la inclusión en los alimentos mismos de “aditivos del sabor”, que no son más que agentes químicos que modifican la sensación del sentido del gusto provocando una percepción favorable manipulada del sabor⁵⁴. Por efecto de estas prácticas la alimentación cotidiana va transformándose de sus raíces tradicionales a ser altamente calórica⁵⁵ y adictiva por efecto de la publicidad y los agentes químicos que la acompañan.

En relación al mismo ramo alimenticio se observan los esfuerzos insuficientes y desesperados de las instituciones gubernamentales de salud por frenar dichas modificaciones en el actuar alimenticio cotidiano que conduce al incremento súbito de casos de obesidad. En esas proceso identificamos a las *acciones retorno*⁵⁶ como el retiro de saleros de las mesas, la prohibición a ofertar bebidas endulcoradas de gran tamaño en restaurantes, así como el

⁵³ Capaces de transformar la desnutrición en obesidad basándose en el bajo costo y la disponibilidad

⁵⁴ Prueba de ello son componentes de uso común en los alimentos industrializados que aceleran el apetito sobreestimulando los órganos receptores del gusto; a éstos se les responsabiliza por, entre otros fenómenos de la obesidad infantil (Bonzi y Bravo, 2008). En la industria alimenticia y principalmente de ésta frente a la opinión pública se denomina a éstos como aditivos alimenticios. El más polémico y utilizado es el *glutamato monosódico*, que se encuentra en buena parte de sopas instantáneas, frituras, aderezos, salsas y en infinidad de productos industrializados de fácil acceso –por su disponibilidad y bajo costo– a la población.

⁵⁵ Básicamente se trata de alimentos basados en harinas, azúcares, sales, grasas.

⁵⁶ Concebimos en este contexto a la acción retorno como aquel actuar institucional que en una especie de movimiento circular hace volver a su origen la intención no calculada en su totalidad a su lugar de origen. Por ejemplo el favorecimiento de políticas mercantiles permisivas que impactan a la sociedad en sus aspectos económico y de entretenimiento; que después de un tiempo se presentan a las puertas de la institución en el ámbito de salud demandando atención médica, todo ello a la misma institución gubernamental que autorizó previamente las prácticas comerciales que modifican los “estilos de vida”. De esa manera el actuar institucional o las prácticas sociales tienen una dirección que las hace volver o *retornar* a su lugar de origen.

incremento al gravamen generalizado de éstos últimos, han dejado observar por una parte, un esfuerzo abrupto y estéril, si tenemos en cuenta el conocimiento de los elementos de un panorama más amplio (García, Salcedo y López, 2006), y la trayectoria circular del ejercicio del poder. Ese trayecto inicia cuando el Estado autoriza prácticas mercantiles feroces –con la ventaja del conocimiento de una ciencia químicoalimentaria y mercadotécnica– cuyas víctimas consumidoras, poco pueden hacer frente a lo que en términos foucaultianos es la *introducción del poder en el cuerpo*, cuyas consecuencias mórbidas retornan a su origen: el Estado en su faceta de institución de salud.

Judith Butler (2001) tomando a Foucault como referente inicial, escribirá sobre la interacción entre las instancias de poder y el sujeto humano; su argumento central es que el ejercicio del poder no solamente ejerce una influencia sobre la vida de los individuos, sino también sobre el proceso de formación de la cualidad individual, es decir en el escenario del proceso de subjetivación el poder tiene más de un papel. En términos de esta filósofa tenemos entonces al:

poder como algo que también forma al sujeto, que le proporciona la misma condición de su existencia y la trayectoria de su deseo, entonces el poder no es solamente algo a lo que nos oponemos, sino también, de manera muy marcada, algo de lo que dependemos para nuestra existencia y que abrigamos y preservamos en los seres que somos. El modelo habitual para entender este proceso es el siguiente: el poder nos es impuesto y, debilitados por su fuerza, acabamos internalizando o aceptando sus condiciones (p. 12).

El ámbito de la vida y el fenómeno mórbido no es la excepción, pues tiene lugar al mismo tiempo que en el ámbito alimenticio, una transformación de la cotidianeidad; en este ámbito se trata de una especie de medicalización de la vida cotidiana (Menéndez, 1998). La antropología ha dado cuenta de los cambios en el pensamiento social respecto del enfermar humano; los grupos sociales pasaron de un pensamiento mágico-religioso a un pensamiento biomédico. Resulta tentador decir que el cambio tuvo lugar de una etapa no científica a una científica, pero si tomamos en consideración que dicho cambio está mediado por los intereses metacientíficos mencionados, bien vale ser precavidos en utilizar el término para no confundir uno con otro.

Lo cierto es que los grupos sociales portan un conjunto de ideas y concepciones originarias acerca de la vida y del enfermar, en su observación Menéndez lo identifica como un proceso salud/enfermedad/atención y lo define como “un universal que opera estructuralmente – por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales

estratificados que la integran”(Menéndez, 1994, p. 71); es decir que todo grupo social administra de manera particular su concepción acerca de la salud, la enfermedad y la atención –a las dos anteriores–. El fenómeno ha sido estudiado ampliamente desde diversas perspectivas, la necesidad de hacerlo ha surgido ante la creciente biomedicalización de la cotidianeidad que en su afán de comprender y controlar la enfermedad biomédica termina generalizando los procesos atribuyéndoles el grado de universales, lo cual desde la visión antropológica resulta impensable. Precisamente ese principio llevó a Magaña a identificar lo que denomina *campo de lo médico*, entendiendo por ello a las concepciones acerca del proceso salud/enfermedad/atención como resultado de las luchas e interacciones en distintos ámbitos de poder y simbolización de los fenómenos mórbidos en la dimensión social (Magaña, 2002).

En el proceso de tensión al interior del grupo social al que alude el *campo de lo médico*, tiene lugar un evento substitutivo a nivel inconsciente en cada sujeto individual; los elementos que se encuentran presentes en el campo –de lo médico– forman parte de un delicado acomodo que permite el funcionamiento biopsicosocial del individuo a pesar de sus incompatibilidades con las demandas del grupo social; cuando estos elementos entran, por así decirlo en movilidad, otros elementos en disponibilidad se acercan para substituirlos, dicha substitución no obedece a una lógica aleatoria o casual, sino a una delicada lógica psicosocial; en este proceso el sujeto elige elementos que pudieran ser alimenticios, afectivos, de interacción, mórbidos disponibles cuya presencia estará sujeta a sus demandas propias, íntimamente relacionadas éstas con su historia vital y la de su grupo social. Será posible, en un análisis último del proceso, identificar el origen de los elementos ingresados a la dimensión existencial individual, todo ello mediante un proceso retroactivo, es decir en análisis inverso del proceso, ya que en todo acto humano se encuentra presente la disponibilidad material y el deseo individual inconsciente, el cual se retrae de la consciencia por lo que “lo primero que la consciencia alcanza a reconocer es principalmente desconocimiento”(Lacan, 1999, p. 19). El sujeto, con singular frecuencia se desconoce en su propio actuar respecto de aquellos actos que comprenden una evidenciación del actuar en contra del *deber ser* común.

Dicho lo anterior encontramos que la globalización vista como fenómeno complejo impacta a las grandes ciudades al mismo tiempo que a las pequeñas; la transformación de la cotidianeidad ante los embates de la tecnología en sus diferentes ámbitos se observa imparable en la medida en que al tiempo se construye una necesidad estructural de los productos de consumo

(González G., 2006; Moynihan, 2007); en ese proceso se hace pensar que la vida del individuo no sería posible sin el consumo crónico, ejemplo de ello son los medicamentos, medidores de signos vitales, medidores de glucosa, etcétera. Todo ello genera un ambiente colectivo en el que la lógica predominante para entender la vida y los procesos mórbidos conduce irremediamente al discurso biomédico; en esa lógica toda molestia debe ser medicalizada, el dolor, el malestar, la insatisfacción, la hiperactividad, la tristeza, la ordinariedad. En esa lógica todo acontecimiento que se presenta en cualquier dimensión existencial humana es reducido a una atrofia o mal funcionamiento orgánico, bioquímico o fisiológico; todo entra en la lógica del discurso biomédico que muy pocos –incluso ni siquiera los propios médicos– cuestionan, y cuyo protocolo de atención se encuentra ya establecido⁵⁷ dentro de los linderos de una terapéutica biomédica creada primero, para beneficio de los intereses político-económicos⁵⁸ y luego, para beneficio del individuo en situación mórbida. El traslado de esa visión corporativa económica a los sistemas de salud oficiales corre por cuenta de la popularidad y difusión que todas esas prácticas cobran en el dominio privado, por lo que tarde o temprano las instituciones de salud pública, entran en la lógica de consumo biomédico.

A la par del ámbito biomédico se encuentran otros dominios de producción científica, cuyas alianzas con instituciones mercantiles globales terminan subordinando el ejercicio científico, ocasionando a su vez prácticas que peligrosa y veladamente terminan impactando la vida a través de la morbilidad. En el ámbito agrícola, la industria agroquímica ha ocasionado un enorme dinamismo, que hace parecer ingenuo al productor que pretende producir cosechas y obtener ganancias de éstas sin el uso de pesticidas⁵⁹; cuando la presencia de éstos, sin lugar a dudas, afecta la vida humana:

Los plaguicidas son compuestos químicos utilizados extensivamente en todo el planeta, lo que resulta en una exposición continua de la población a partir de diferentes fuentes tales como alimentos, el agua y el suelo. Aun cuando el efecto tóxico de los plaguicidas está dirigido a

⁵⁷ Esa dimensión terapéutica se reduce a la dimensión de la farmacoterapia, intervención quirúrgica, terapia de sustitución de funciones –transplantes, diálisis, hemodiálisis–

⁵⁸ A nadie debe extrañar que en la gran mayoría, si no es que en la totalidad de los eventos de actualización biomédica (congresos, simpósiums, etc.) se encuentren presentes como patrocinadores algunos de los grandes laboratorios farmacéuticos, que son enormes maquinarias económicas transnacionales, producto selecto del fenómeno global; son ellos quienes financian buena parte de la investigación y difusión de ésta a nivel mundial, así como la premiación (el financiamiento de gastos de traslado, hospedaje, alimentación a dichos eventos) a cambio de la indicación directa del producto ofertado del médico a sus pacientes.

⁵⁹ Plaguicida es el término genérico utilizado para referirse a cualquier tipo de sustancia natural o artificial para el control de plagas; puede tratarse más específicamente de insecticidas, herbicidas y/o fungicidas (Plenge-Tellechea, Sierra-Fonseca, Castillo-Sosa, 2007).

organismos específicos, estos compuestos se encuentran en gran cantidad en el ambiente, lo que constituye una amenaza grave a la salud pública (Plenge-Tellechea, Sierra-Fonseca, Castillo-Sosa, 2007, p. 5).

A pesar de ello muy pocos productores prescinden del uso de agroquímicos, ya que al hacerlo ponen en riesgo la subsistencia de su labor, incluso para aquellos productores que se sirven de su cosecha para su propio consumo corren el riesgo de ver afectado su propio suministro básico de alimento. La realidad muestra escasas de información acerca de los verdaderos efectos del uso de estos productos, un desinterés por la vigilancia del uso ético de los mismos por parte de las autoridades locales, lo cual finalmente desemboca en el uso cotidiano e indiscriminado de los agroquímicos en la agricultura local así como de aquella que se destina a la exportación; la presencia de semillas genéticamente modificadas se vuelve cada vez más común aun cuando no se sabe a ciencia cierta los verdaderos efectos de su uso (Sylvan, 2001; Varona et al., 2009).

En el ámbito de la producción de carne, el sector ha sido intervenido por la presencia de empresas que ofrecen una producción más rápida y económica de animales para consumo humano, todo ello a través de sustancias químicas –antibióticos y hormonales– que alteran el funcionamiento metabólico ordinario de los animales, obligándolos a desarrollarse aceleradamente (Ramírez, 2006). Además de ello se desarrollan modificaciones genéticas en las especies con tal de eliminar las características naturales indeseables o inconvenientes a los ideales de productividad de la industria, aunque su modificación comprenda riesgo a la vida humana (Lozano, 2008; Ortega Cerrilla, Arellano Martínez, Morales Meinders, 1988). Todo ello ocasiona que sea posible identificar una gran diversidad de estos productos tanto en la carne que proviene de esos animales, como en los productos que se elaboran a partir de éstos, de esa forma tenemos la siguiente publicación que lo expone:

En una somera revisión, varios autores aportan datos para el caso de México. En el 59% de los quesos frescos analizados en Oaxaca se encontraron residuos de antibióticos (penicilina) (López, 1997). Se encontraron pesticidas organoclorados (DDT, betaHCH, DDE) entre el 97% y el 99% de las muestras de leche en el estado de Veracruz (Waliszewski, 1998). El mismo autor identificó pesticidas en muestras de mantequilla. Se encontró arsénico en muestras de leche en la Comarca Lagunera (Rosas, 1999), Acedo, 1997 identificó bacterias del género *Brucella* (*B. Mellitensis* y *B. Abortus*) en leche de vaca y cabra en Sonora. El aislamiento de *Listeria monocytogenes* en quesos frescos comercializados en Xochimilco fue reportado (Saltijeral, Córdova, Pérez, 2003, p. 3).

El anterior fragmento muestra la presencia de las sustancias con las que los animales son tratados en su carne y en los productos que con ello se elaboran, lo cual ya de por sí es contrario a las políticas de cuidado a la población; más aún es desconocido con precisión el daño que estas sustancias pueden ocasionar a la vida humana a largo plazo, el desconocimiento de esas incógnitas se origina en parte porque resulta de poco interés a los grandes centros de investigación realizar los análisis críticos que desacrediten sus propios productos, de ahí que los efectos dañinos llegan a saberse décadas después cuando los fenómenos patológicos aparecen como resultado de un curso intoxicatorio natural (Balsalobre Hernández y Hernández-Godoy, 2004; Grande, Falcón, y Gándara, 2000; López, Romero y Velázquez, 2008). Todo ello entonces, da cuenta de la compleja presencia de los intereses político-económicos en la vida cotidiana.

Por difícil que parezca, la presencia de diversos elementos de este tipo –procedimientos o sustancias– en la vida pública representan una delicada y peligrosa tensión entre los intereses económicos, el ejercicio científico y el bienestar biopsicosocial de la población. El concepto institución cobra vital importancia en la discusión de esta tensión, puesto que a través de su análisis es posible entender el fino entramado que lleva a actuar a la institución en contra de los ideales humanos universales.

Es así que es posible identificar en ese proceso: la necesidad de esas prácticas polémicas; la existencia de esas sustancias o procedimientos; la permisividad en su utilización; así como el daño presente o latente que ocasionan.

Es a través de la institución privada, es decir a través de los corporativos transnacionales, como se desarrollan esos productos; a su vez éstas no podrían desarrollarlas sin la intervención de la investigación y desarrollo científico que proviene tanto de instituciones públicas como privadas; de igual manera todo ello no tendría ningún valor si no hubiera la posibilidad, en los Estados-Nación –instituciones públicas– de recibir y autorizar su uso; como todos sabemos hay instituciones internacionales encargadas de velar por el bienestar social global como la OMS –entre otras de orden nacional– en sus diferentes secciones, sin embargo estas instituciones entran en conflicto de intereses⁶⁰ ante la necesidad de responder a grandes problemáticas como la escases de alimentos a nivel mundial, por lo que toman decisiones arriesgadas en beneficio de la necesidad más apremiante; finalmente todo ello por lo consiguiente no sería posible sin la

⁶⁰ El conflicto de intereses resulta de la presión de la industria económica por un lado que busca la aprobación de sus productos, así como de la necesidad real de avalar productos que hagan posible la producción de suficiente alimento para cubrir las necesidades mundiales.

necesidad de cubrir las diversas necesidades de las familias e individuos que conforman las sociedades o grupos sociales en cada región del planeta, que a los ojos de la institución se convierten en meros consumidores. Sylvan (2001) sintetiza perfectamente los términos y necesidades de la tensión entre estas partes:

Para el consumidor queda claro, después de medio siglo de experiencia con las políticas de salud y medio ambiente, que es necesario un fuerte y claro enfoque precautorio y preventivo. Lisa y llanamente se han cometido demasiados errores por la carencia de estos principios. Cambiar todo esto significa no sólo un cambio de conducta y de actitud de parte de los gobiernos, sino también una revisión de la ciencia y de la política en la salud medioambiental y en el comercio internacional (p. 215).

Los elementos hasta ahora expuestos permiten observar una compleja red de simbolizaciones históricas –del tiempo–, así como regionales –del espacio–, que intervienen en la administración de la vida y el surgimiento del fenómeno mórbido humano; así como de la constante actualización que estas simbolizaciones experimentan por cuenta de los fenómenos globales.

1.6 Lo Psicosocial⁶¹

En el subtítulo 1.3.2 nos vimos en la necesidad de introducir algunos elementos acerca de lo psicosocial, con la finalidad de contextualizar los momentos en la dimensión del tiempo en que el individuo se constituye como tal; a pesar de ello el concepto debe ser abordado a profundidad en la medida en que su presencia es crucial para nuestra propuesta.

El término tiene una historia a la que podríamos considerar inicialmente desafortunada en la medida en que ha sido objeto de desatención y manipulación; se ha construido de fragmentos de conceptualizaciones recogidos de las ciencias sociales y humanas. Ello se debe a su utilidad para aceptar, en términos de capacidad, todo aquello que la biomedicina, en su esfuerzo por cumplir con las exigencias político-económicas, no es capaz de explicar por las limitaciones que sus herramientas técnico-conceptuales le exigen. Ello a su vez nos remite a un esfuerzo interdisciplinario en el afán de dilucidar todas aquellas visiones científicas que convergen en el concepto.

⁶¹ La presentación del concepto psicosocial es expuesta aquí tomando en cuenta el contexto general teórico-epistemológico; sin embargo es posible identificar un análisis previo en la sección 1.3 de este mismo capítulo 1 – dicha presentación es bastante introductoria, no así la presente en la que dedicamos mayor extensión–, y uno posterior en la sección 2.4 del capítulo 2

Las disciplinas que han colaborado a la construcción del término, así como las que se sirven de éste son múltiples; esa gran variedad de discursos científicos involucrados produce un conjunto de significados muchas veces contrarios cuando no confusos, lo que hace a los ojos de muchos, indigno de confianza el término. En la actualidad es posible encontrar que:

El concepto “psicosocial” se ha convertido en una etiqueta de uso común en distintas disciplinas. El número de variables que encontramos bajo el nombre de este rubro es infinito. Ciertamente, la original intención de una integración de lo psicológico y lo social en un solo concepto ha complicado la clara acepción teórica, y sobre todo, su viabilidad metodológica. Hasta ahora no existe un marco conceptual universal único y de uso convencional que permita comprender la historia, estructura, funcionamiento, límites y opciones metodológicas para su aprehensión (Juárez y Camacho, 2011)

Siguiendo esta idea concebimos psicosocial como concepto irreductible, no porque no sea posible la separación de sus componentes, sino porque hacerlo conduciría a un absurdo: separar al sujeto del grupo social en el que se formó y al cual de manera ineludible se vincula.

Es posible identificar referencias al concepto en diferentes autores, así como en diferentes épocas, las tendencias discursivas institucionales lo han relegado y a su vez puesto en escena en reiteradas ocasiones. En 1934 en *Las técnicas del cuerpo*, Marcel Mauss (1996) exponía que en las diversas culturas del mundo, era posible encontrar características peculiares diferenciadas de utilizar el cuerpo para funciones similares, anunciaba en esa obra que “en todas partes nos enfrentamos con ensamblajes fisio-psico-sociológicos de una serie de acciones. Estas acciones son más o menos habituales y más o menos antiguas en la vida del individuo y de la sociedad”(Mauss, 1996, p. 403). Con ello dejaba claro que la fisiología no definía el uso que de la existencia se hacía a través del cuerpo, generando para ello distintos modos de adaptar la fisiología mediante lo psico-sociológico; con ello quedaban sentadas las bases para entender la existencia, y el uso que se hace de los componentes que a ésta conforman en cada contexto cultural. Pero ese desarrollo conceptual no permaneció intacto de ese tiempo a acá.

Regularmente es posible encontrar en la literatura protocolaria institucional el término psicosocial, su presencia se refiere a la atención de las poblaciones que han sido víctimas de desastres naturales, de pequeña o gran magnitud, pero que implica siniestros colectivos; éstos podrían estar relacionados con afectaciones corporales biológicas como lesiones, pero que también comprenden una afectación traumática de orden psicológica tanto individual como colectiva, relacionadas o no a la pérdida de objetos materiales o de la vivencia de experiencias como violencia, desgracia y/o muerte. Es decir que el término tradicionalmente se ha construido

de fragmentos de conceptualizaciones recogidos de las ciencias sociales y humanas; ello por su utilidad para referirse a una dimensión humana escasamente susceptible a la medición o cálculo propio del positivismo. Es posible notarlo en lo siguiente:

El concepto se operacionaliza desde tres modelos de atención: sociosanitario o médico; comunitario y un tercero asociado a catástrofes y prevención. Existe un paradigma que vincula interdependientemente lo psicológico y lo social ante situaciones de estrés, desastre y trauma psicosocial, porque en ellos se afecta el individuo y la colectividad. La participación psicosocial pretende la transformación mediante acciones de autogestión en comunidad (Medina et al. 2007, p. 177).

En esta visión de lo psicosocial es posible observar una división de los aspectos a los que se puede aplicar el término, encontrándose en primera posición la dimensión biológica, dando lugar a la dimensión psicosocial que se encuentran en un nivel autogestivo, sin intervención de agentes externos al grupo social; los límites a los que esta noción de lo psicosocial refieren es a un nivel comunicacional orientado a la capacidad de actuación grupal en situaciones extraordinarias.

Sin embargo, éstas no son las únicas conceptualizaciones de cómo se concibe tanto lo individual como lo social. Cada disciplina o escuela científica ha construido visiones, que aunque en buena parte reductivas, muestran mayor utilidad que la anterior; no es recomendable para la legitimidad interdisciplinaria científica, minimizar las diferencias entre las tradicionales visiones que, por su similitud más que por sus diferencias, han llevado a pensarlas como boques o grupos disciplinarios; tenemos en esa lógica a las ciencias sociales y a las humanidades, y aunque esa separación o clasificación sea bastante polémica, inespecífica e inoperativa en términos teóricos muestran una cierta realidad histórica consensual.

Es posible identificar nociones teóricas con una cierta vecindad a lo psicosocial, a pesar de utilizar términos diferentes, tal es el caso de un concepto psicósomático todavía con cierta vigencia; ésta parte de la conceptualización psicoanalítica, para explicar el impacto directo de lo psicosocial, entendiendo esta como idiosincrasia o subjetividad individual –aunque construida a partir de lo social– y a su vez como responsable de la manifestación patológica de ciertos órganos específicos.

Ese planteamiento contempla el tiempo y el espacio como factores importantes; en éstos las configuraciones sociales se trasladan a la individualidad, es decir el impacto del conflicto yo-otro se transfiere a la esfera biológica humana, al soma. En esa conceptualización se ubica a la

fisiología, es decir a los órganos biológicos humanos y su interacción sistemática, como elementos capaces de evidenciar la afectación cuya verdadera procedencia son las prácticas sociales generacionales⁶²; de acuerdo a esa lógica los objetos fisiológicos más reactivos durante el periodo posterior a la segunda guerra mundial –postguerra–, fueron las entidades responsables de enfermedades gástricas, respiratorias y cardíacas; siendo la fuente de esas manifestaciones mórbidas los ambientes laborales característicamente demandantes y con ello tensionantes en ese periodo. En este modelo se vincula la corporalidad biológica con la entidad psíquica, y a su vez ésta con lo social, es decir como una manifestación de la realidad social (López Ramos, 2002).

En el análisis de estas posturas acerca de lo psicosocial, es posible dilucidar y con ello confirmar la interacción de los planos individual y social como interdependientes; los esfuerzos por entender la realidad humana utilizando este principio han sido numerosos.

Es posible identificar el caso de la psicología social, que en el abordaje del individuo en sociedad ha recurrido al movimiento de retorno al sujeto⁶³ en el estudio de la representación social. Algo cada vez más común en todos esos desarrollos es la recurrencia de una interdisciplinariedad; los teóricos se niegan a aceptar como respuesta a las grandes incógnitas planteadas, respuestas cuyo origen contemple únicamente los conceptos de su propia disciplina científica, en cambio se ha abierto una puerta para construir amplias sistematizaciones teóricas, capaces de tomar en cuenta buena parte de lo disponible en diferentes disciplinas y planos teóricos. Un buen ejemplo de ello es la noción de Cuerpo a la que han acudido la filosofía, la psicología, la antropología y la sociología para dejar en claro la apremiante necesidad de abordar los problemas desde una óptica intersubjetiva y holística. El desarrollo de diversas teorías sobre encarnación –*embodiment*–, dejan claro que es posible desde cualquier perspectiva, entrar en una especie de sistema humano; y desde éste leer una particular visión sobre los individuos y sobre los grupos sociales. Tal es el caso de la concepción del cuerpo, visto como una forma particular de proceso de interacción social material (Csordas, 2007; Esteban, 2004).

⁶² Entendemos como generacional aquella dimensión del tiempo que se modifica y diferencia de un grupo en el tiempo a otro tomando como referente de cambio una eventualidad importante como por ejemplo la guerra; lo mismo podría suceder a raíz de un evento natural como terremoto, o la construcción de un hospital en una población pequeña. Las personas que sobreviven al evento configuran su comportamiento de forma peculiar respecto de lo sucedido y experimentado.

⁶³ Nos referimos al caso de Denise Jodelet quien en su trabajo *El movimiento de retorno al sujeto y las representaciones sociales* analiza las ventajas de observar la individualidad dentro del marco colectivo (Jodelet, 2008).

Es precisamente en esa gran tendencia a la interdisciplinariedad que ubicamos nuestro esfuerzo, todo ello a partir de la premisa básica que considera al ser humano una entidad biopsicosocial, en la que dicho individuo obedece a una historia individual y a su vez social, tanto microdimensional como macrodimensional. Ello nos permite observar a ese individuo como susceptible de influencias provenientes de su propia individualidad psíquica, de sus entornos de interacción social, así como de fuerzas sociales cuyo origen son intereses económicos que se desenvuelven a nivel global, y que sin embargo afectan de muchas formas su cotidianidad.

Tenemos así, como puede apreciarse en la ilustración 5, que el concepto psicosocial aquí concebido, se alimenta de elementos provenientes de las siguientes disciplinas:

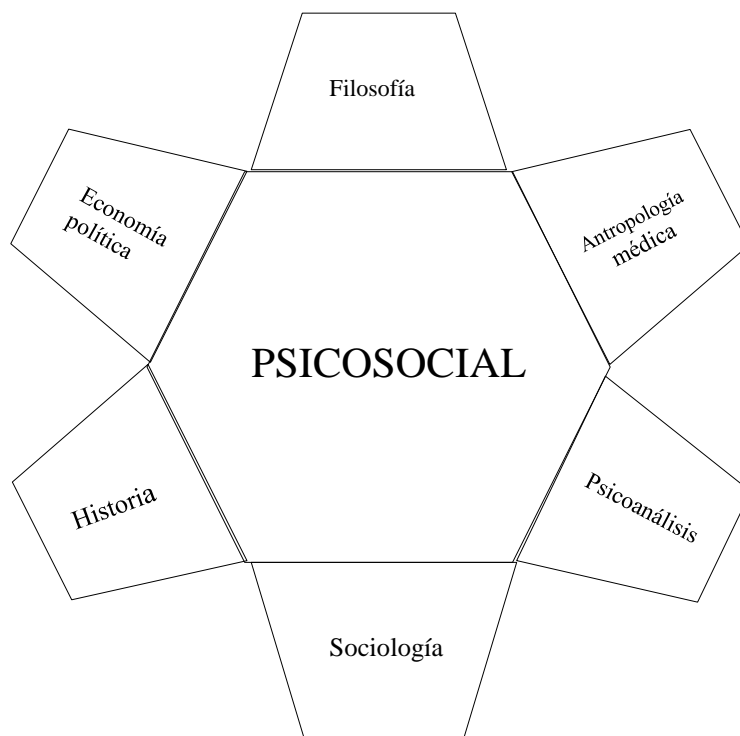


Ilustración 5. Las disciplinas de las cuales provienen los diferentes conceptos que componen nuestro constructo psicosocial, dicha imagen liga nuestro concepto que se ubica al centro, con las vertientes que lo alimentan en la periferia. Elaboración propia

Ese encuentro de saberes “disciplinarios” comprende a su vez, saberes que en su historia singular han sido objeto de reconstituciones interdisciplinarias, tal es el caso de la antropología médica que comparte conceptualizaciones con la sociología médica, o del psicoanálisis que ha

desarrollado líneas teóricas, que vinculan sus propios principios teóricos con otros saberes disciplinarios como la teoría política. Algunos de esos vínculos que han tenido lugar previo a la apropiación que de ellos hacemos aquí, además de los que nosotros mismos establecemos como parte de nuestro análisis, sirven como puente entre las fronteras celosamente vigiladas establecidas por las diferentes visiones disciplinarias; esas vinculaciones pueden apreciarse en la ilustración 6. Ello ha ocurrido así con el único afán de ir más allá de lo que una frontera delimita, entendiendo con ello, que en la medida en que se vinculen dichas fronteras conceptuales existentes, se llegará a destinos conceptuales nuevos o conocidos pero susceptibles de extenderse, todo ello abre la posibilidad de acceder a diversas ópticas acerca de un mismo objeto.

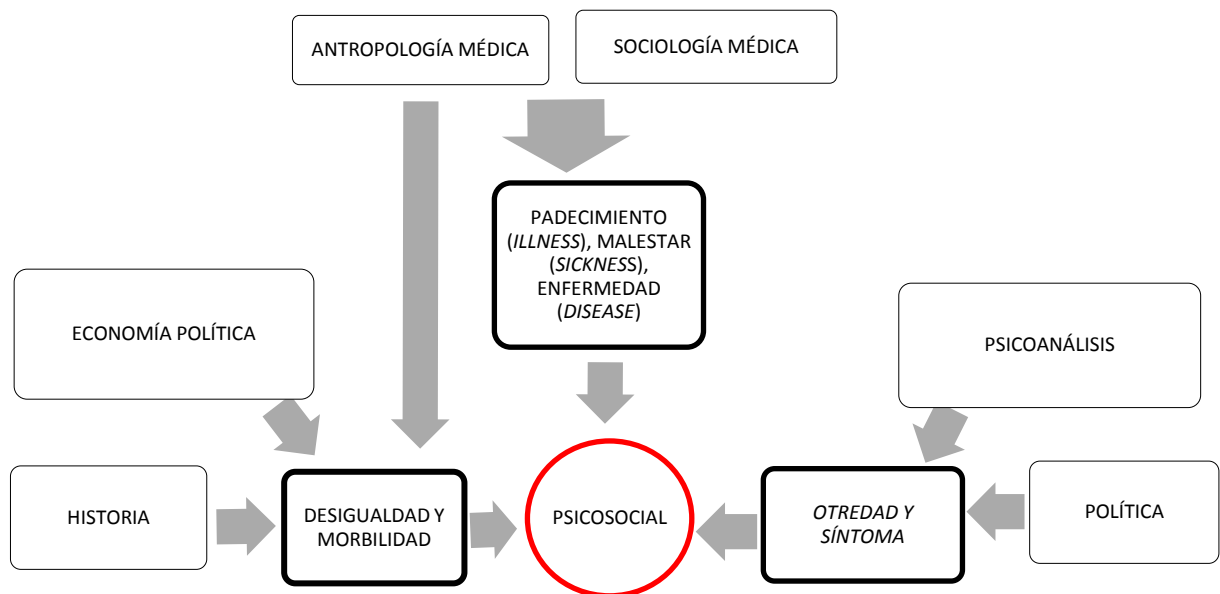


Ilustración 6. Conexión interdisciplinaria existente previamente a la interconexión que emana de nuestro análisis teórico-conceptual. Elaboración propia.

El concepto comprende entonces una enorme gama de aspectos humanos, cuyo ámbito son las disciplinas mostradas en la ilustración 6. Ejemplo de ello son las prácticas globalizadoras que acercan productos humanos sin importar latitudes; la del científico en la búsqueda de su ideal epistemológico; la del médico en busca de la práctica disciplinaria apegada al protocolo; la del ser viviente joven que busca la obtención de lo que le es demandado como integrante del grupo familiar y social al que pertenece; e incluso la del ser viviente adulto que obra como su identidad humana, histórica y cultural le exigen. Es en ese punto, en el que se encuentran la identidad –

exigencia social—y la manifestación vital, de individuos que rinden cuenta a su orden social al tiempo que lo hacen a su orden singular, o psicoafectivo.

El plano afectivo, es útil en la búsqueda de la verdad humana; las emociones juegan un papel trascendental en la explicación de lo que sucede en la entidad biopsicosocial. A su vez, las emociones, pueden ser utilizadas como verificadores de los procesos psicosociales que pueden estar teniendo lugar en el sujeto. Lo psicosocial, como hemos dejado claro en otro momento, es analizado minuciosamente en este documento en vista de que es un enorme segmento desatendido y en esa medida poco preciso y conocido por la intelección biomédica. Precisamente en esta última podríamos ubicar al cuerpo humano, aunque no en su completud, buena parte de la intelección biomédica sobre la vida se fundamenta en la corporeidad biológica; ésta misma se encuentra inseparablemente ligada a la corporeidad psicosocial, lo cual, en su paso por el tiempo y el espacio ha dejado huellas en él. Lo psicosocial entonces ha vivido lo mismo que ha vivido lo biológico, en esa medida el cuerpo tiene registro del paso de lo psicosocial; es precisamente la integración de esas voces que conforman la entidad biopsicosocial, la que es de nuestro interés para recuperar de ésta el proceso formativo mórbido *Diabetes Mellitus*.

Lo psicosocial entonces, es definible como la dimensión humana complementaria a la dimensión biológica; ésta última termina por modificar, adaptar y subordinar, dicha totalidad biopsicosocial a conveniencia de la realidad humana construida por las prácticas biomédicas bajo el sustento de los intereses del capital global que sustenta la mayor parte de su investigación. A su vez la dimensión psicosocial comprende la influencia que la vida psíquica ejerce sobre el actuar del sujeto del inconsciente; del encuentro de ese sujeto con las exigencias sociales emana una identidad que manifiesta, con su propia existencia, la expresión del conflicto biopsicosocial humano. Éste, en su encuentro con el *deber ser* inherente a la institucionalidad⁶⁴ —necesaria en todo grupo social para sostener la existencia del grupo—, constituyen los componentes requeridos para la intelección del proceso formativo del fenómeno mórbido. Dicha construcción mórbida lleva en su estructura y con ello en su presencia, la huella o los códigos que provienen de la realidad planteada por el dominio institucional, así como la huella histórica específica del grupo social en el que se encuentra vinculado el individuo.

⁶⁴ Hemos dejado claro en su momento que dentro de la dimensión de la institucionalidad se encuentran la dimensión interpersonal comunitaria, familiar, de pareja, etc.

1.6.1. La Diabetes Mellitus en el contexto Psicosocial

Una vez agregado lo anterior al desarrollo de nuestro documento, actualizamos la revisión del concepto *Diabetes Mellitus* que hicimos al inicio de este capítulo. En ésta analizamos la consistencia del argumento biomédico, al explicar la presencia del fenómeno mediante la presencia de tres indicadores biológicos necesarios para el diagnóstico: hiperglucemia, resistencia a la insulina y defecto en la secreción de insulina. Los cuales definen nosológicamente la presencia irreversible del fenómeno⁶⁵, pero no aclaran ni biológica⁶⁶ ni existencialmente su presencia. Dicha ausencia de una comprensión amplia, obedece al reduccionismo en el que se desenvuelve el modelo biomédico respecto de la existencia humana, puesto que desde la visión biológica, la biomedicina no alcanza a dar cuenta de lo sucedido en las dimensiones excluidas durante el proceso reductivo, es decir lo psicosocial.

La intelección biomédica acerca de su modelo nosológico de enfermedad, no es capaz de explicar el origen de los procesos que llevan a la adquisición de la *Diabetes Mellitus*, los cuales se reducen a dos fenómenos biológicos bien definidos: la modificación funcional o apagamiento de las células beta o entidades secretoras de insulina –defecto en la secreción de insulina –, y la negativa del sistema endócrino a recibir la insulina que se produce –resistencia a la insulina⁶⁷–; dichas afirmaciones son descripciones de procesos biológicos, más que aproximaciones a un posible origen. Si a ello agregamos la caída de los “supuestos” que, casi automáticamente, ligaban la presencia del fenómeno con una atrofia orgánica “ordinaria” –característica de la ancianidad–, queda sin responder el hecho de que niños y jóvenes han comenzado a aparecer presentando el fenómeno, ello al menos en la localidad que estudiamos⁶⁸.

Todo ello nos lleva a identificar a la biomedicina, así como a sus métodos científicos, como incapaces de ofrecer una respuesta, así como una postura humanamente sincera y

⁶⁵ Se suman a esa incompetencia de aclarar en sentido amplio lo que sucede en el individuo con Diabetes Mellitus, los esfuerzos de la epidemiología con su visión estadística, así como la genética con su visión profunda de los contenidos hereditarios.

⁶⁶ Es decir, el argumento biológico no es sino descriptivo, pero no alcanza a explicar porqué está presente el fenómeno.

⁶⁷ Dichos fenómenos, que han sido identificados perfectamente desde la óptica biológica no pueden ser explicados. La visión interdisciplinaria nos permite aproximarnos, si no a respuestas, al menos a alternativas, las cuales parecen indicar una intervención en el proceso yo-otro, en el que lo biológico sucumbe de una manera específica a la lucha entre el sujeto y la otredad; dicha fragilidad de la dimensión biológica sigue una ruta que en su trayecto por la dimensión endócrina involucra la alimentación, objeto ésta de fuerte investidura de las necesidades pulsionales humanas.

⁶⁸ La bibliografía actual da cuenta de ese incremento, en el que cada vez más niños y jóvenes debutan con Diabetes Mellitus tipo 2; a pesar de ello en la localidad que estudiamos no pudimos identificar niños con el fenómeno, pero si jóvenes.

moralmente aceptable frente a la sociedad; y aunque con la postura biomédica actual, pareciera que se ofrece la alternativa idónea al ataque que recibe la salud –en sentido social–, dicha idea deberá ser rechazada. Todo ello en el afán de continuar en una búsqueda de respuestas más completas y menos hiperespecializadas, sobre lo que acontece en el ser humano, más allá de su dimensión biológica. Dicha expansión al ángulo de visión del fenómeno, en busca de respuestas más satisfactorias, deberá darse fuera de los límites disciplinarios biomédicos; puesto que, como la misma disciplina ha mostrado, el positivismo que reina en sus fundamentos, y que en algún ámbito la hace ver fuerte, en la búsqueda de nuevas respuestas más allá de sus límites no es sino su debilidad.

Finalmente, el capítulo siguiente de este documento incluye un análisis integrativo del concepto psicosocial, que involucra los hechos interdisciplinarios expuestos en ese mismo capítulo; por lo que el concepto psicosocial no deberá darse por agotado en su análisis, en este apartado⁶⁹.

1.7 Resumen capitular

Los elementos utilizados en este apartado han sido conceptualizados y contextualizados; procederemos ahora a ubicarlos en la construcción del concepto región del cual se ocupa el siguiente capítulo.

Acerca del concepto psicosocial hemos ejercido una transmutación de componentes que nos condujeron al rompimiento de la línea epistemológica gastada, insuficiente y –en lo que a nuestro objetivo respecta– inútil respecto del entendimiento del fenómeno *Diabetes Mellitus*; dicho ejercicio ha tenido lugar pensando en lo que a continuación nos ocupa, la región vinculada a Venustiano Carranza, Chiapas y los usuarios del hospital del mismo nombre.

Hemos dejado claro que no nos conformamos con la explicación reinante acerca del fenómeno mórbido, en lugar de ello la hemos replanteado en la búsqueda de otras respuestas; acudiendo con ello al llamado epistemológico que indica que “un obstáculo epistemológico se incrusta en el conocimiento no formulado”(Bachelard, 2011, p. 16).

El término *Diabetes Mellitus*, tiene cierta funcionalidad tanto disciplinaria como interdisciplinaria; hemos visto también que sus alcances aunque enormes en la dimensión

⁶⁹ La sección del capítulo 2 en que se incluye ese análisis es el apartado 2.3

biomédica ante la realidad epidemiológica, es pequeña e insuficiente si de entender la verdadera magnitud del fenómeno se trata. En la medida en que nuestra investigación gira en torno a un fenómeno mórbido queremos dejar en claro que es ineludible incluir en nuestro análisis la inherencia de la muerte a la vida humana; su presencia inmanente, al mismo tiempo que su desconocimiento por efecto de instancias psíquicas de orden inconsciente; entre todo ello se obscurece la capacidad humana de comprender los procesos que en éste suceden, generándose con ello una relación extremadamente dependiente entre el sujeto y la institución.

Ello sucede necesariamente de manera diferenciada de un grupo social a otro, ello hace necesario al concepto psicosocial, tal y como ha sido aquí propuesto, en la medida en que a través de éste se translucen los componentes originarios de la región en que todo grupo humano se encuentra; y que configuran el producto mórbido final, es decir la particular forma de articular la *Diabetes Mellitus* en la región que en el capítulo siguiente presentamos.

CAPÍTULO II. CONTEXTO REGIONAL

INTRODUCCIÓN

En algún momento se ha propuesto que son las grandes urbes las que ofrecen la oportunidad de aprender de las sociedades, precisamente este capítulo hace evidente la debilidad de esa idea, puesto que el siguiente recorrido analítico es muestra del dinamismo psicosocial presente en todo grupo humano independientemente de sus dimensiones. Poblaciones como esta tienen mucho que decir desde el interior de sus límites locales, sobre los fenómenos que se registran a escala global. Inclusive respecto de dimensiones humanas insospechados como la morbilidad y sus manifestaciones a través del tiempo.

Este capítulo da a conocer con la mayor precisión posible los hechos que instigaron, inicialmente desde la trinchera clínica profesional, la búsqueda de mejores respuestas. Y que posteriormente desde la trinchera indagatoria profesional, se buscaron explicaciones acerca de las incógnitas universales, en las particularidades de esta porción de tierra y las peculiaridades de su población. Aunque cronológicamente surgieron inicialmente las observaciones clínicas, presentamos éstas al final del capítulo; mientras que inicialmente hacemos un recorrido histórico interdisciplinario para introducir los antecedentes de la región a la que como clínico psicoanalítico arribamos con fines laborales.

Nos dimos a la tarea de entretejer los datos históricos de la región. Las particularidades que se observan en ésta nos permitieron ir construyendo un edificio teórico-conceptual capaz de sostener nuestra propuesta; ello no podía ser posible si antes no hubiéramos tenido un sólido edificio epistemológico que sirvió de referente a la respuesta que esta investigación ofrece a su pregunta de investigación.

Encontramos útil recordar que aquello de lo que este documento trata, dicho de manera amplia, es del acomodo de los elementos vitales (biopsicosociales) en su trayecto entre la vida y la muerte.

Bien hacemos a nuestro propósito si recordamos que el objeto de este capítulo es la construcción de una región de estudio, basándose para ello en múltiples vertientes conceptuales, a través de las cuales se articula tanto los límites como el alcance del concepto región. Ello a su vez tiene la función de delimitar la capacidad de la eficacia teórica de su aplicabilidad y resultados.

En la segunda parte, en lo que respecta a la experiencia laboral nos vemos obligados a evidenciar con la mayor precisión posible la ruta seguida durante el proceso. No sin antes olvidar que la actividad científica tiene reglas que deben seguirse para poder hacer de un estudio un trabajo digno de respeto. A pesar de ello también es una realidad que los criterios de científicidad están cambiando a un ritmo acelerado, en la búsqueda de comprender lo que sucede con los seres humanos y sus sociedades.

Por ello seguiremos aquí una ruta poco común, aunque no desconocida: la descripción etnográfica detallada, que no etnografía en sentido estricto del método, de lo que este investigador vivió para llegar a estas ideas.

Alguien podría preguntarse algo tan sencillo como: ¿qué relación puede haber entre la construcción teórica de una región, con las vivencias personales y profesionales de un psicólogo en la llegada a su nuevo centro de trabajo, que se encuentra en una zona socio-geográfica para él novedosa?. Esa pregunta puede ser abordada desde diferentes planos para buscarle una respuesta.

En la búsqueda de responder en un primer plano, aludiríamos a una finalidad contextualizadora, que permitiera ver y sentir al lector lo que el investigador vivió en su primer contacto con la región; ello estaría aludiendo a la manera en la que un literato conduce al lector a través de sus palabras, permitiendo al extraño vivir, desde su propia experiencia el contacto con lo estudiado. Es decir que aspiramos a trasladar a cada lector la materia prima en términos experienciales para que cada uno construya su panorama imaginario de la región.

Una respuesta desde un segundo plano pretendería generar un campo neutral de entendimiento, en el que cualquier lector, académico o no, pueda tener acceso a los conocimientos básicos que participaron en la articulación teórica de un estudio que pretende ser interdisciplinario, y que en ese afán debe abrir sus fronteras semánticas. Esta es una labor bastante demandante en vista de que, precisamente las disciplinas científicas en su proceso de transformación de una realidad vulgar a una científica, fueron construyendo un lenguaje específico definitorio y propio de la disciplina; hoy pretendemos revertir en cierta medida ese multilingüismo científico en la refundición de un solo lenguaje de utilidad.

La apertura de esas fronteras lingüísticas es un requisito básico puesto que estamos hablando de la conjunción de la idiosincrasia de un pueblo, incluida en ésta las prácticas médicas, frente a un esfuerzo que como se ha visto en el capítulo anterior, juzga a los seres humanos de acuerdo con teorías que han sido generadas en países donde los sistemas de salud tienen

estructuras y niveles de eficiencia distintos. Contrastaremos entonces, no en este capítulo, las particularidades de esta región con las generalidades de la teoría universal; en ese afán la contextualización aquí hecha será imprescindible.

El ejercicio profesional, la convivencia con las personas que laboran en el hospital y con el personal médico que residía por su labor en el hospital, fueron la materia prima de lo que hoy es esta investigación; lo fueron también el conocimiento que fuimos teniendo de las particularidades de la región y la peculiar manera de administrar la vida por parte de la población circundante a esta institución médica. Ello nos llevó sin duda a buscar una estrategia que fuera apta para poder responder a las inquietudes que nos íbamos planteando cada vez más estructuradamente. Los principios interdisciplinarios fueron mostrándose cada vez más necesarios en el manejo de incógnitas que remitían cada vez a un número mayor de variables a contemplar para intentar responder las preguntas que nos planteábamos. Por ello estamos seguros de que en la incógnita de porqué en Venustiano Carranza se presenta alarmantemente un número cada vez mayor de personas con *Diabetes Mellitus*, podemos respondernos sin iniciar la discusión, que la respuesta se encuentra entre los elementos presentes en las disciplinas involucradas, no en una de éstas sino en la complejidad de su conjunto e interrelación.

2.1 Contexto geográfico

El espacio físico en el que habitan los sujetos de estudio de esta investigación se sitúa, sin hacer mucho esfuerzo en una porción central de la morfología o mapa del estado de Chiapas, México. En la imagen 2 se aprecia la ubicación geográfica de la cabecera municipal, en color rosa la delimitación circundante del municipio y, como referentes, la ubicación de las principales ciudades cercanas a Venustiano Carranza. Sus coordenadas son: 16° 21" N y 92° 34" W.

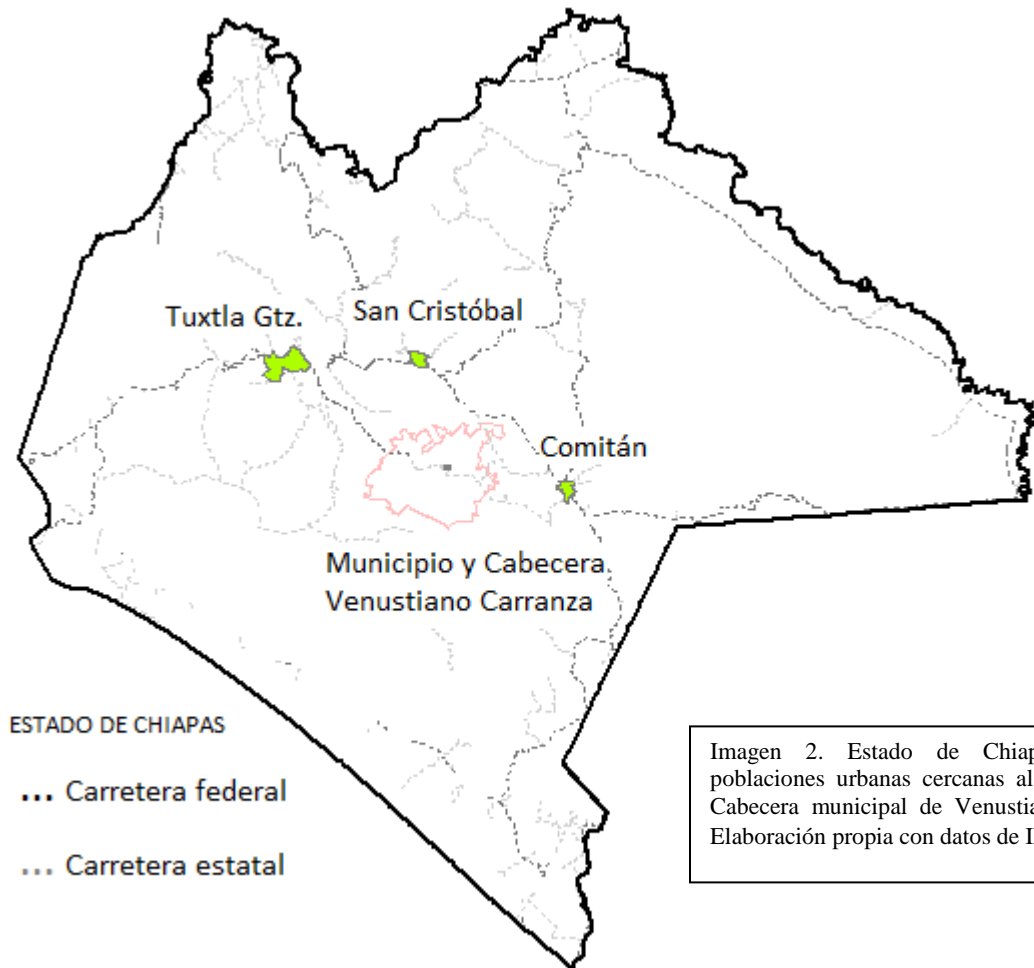


Imagen 2. Estado de Chiapas con las poblaciones urbanas cercanas al Municipio y Cabecera municipal de Venustiano Carranza. Elaboración propia con datos de INEGI, 2014.

Su principal vía de comunicación es la carretera 101 Tuxtla Gutiérrez – Comitán, la población se encuentra a la altura del kilómetro 30.5. A 120 kilómetros en dirección noreste se encuentra la Ciudad capital del Estado Tuxtla Gutiérrez, mientras que 100 kilómetros en dirección sureste se encuentra la ciudad de Comitán de Domínguez. A 50 kilómetros en dirección a Tuxtla Gutiérrez se encuentra la Central Hidroeléctrica “Belisario Domínguez” con una capacidad de 900 MW, también conocida como presa la Angostura, la cual fue puesta en operaciones en 1976. Mientras que algunos kilómetros en dirección a Comitán se encuentra el Ingenio Pujiltic, ubicado en la ciudad del mismo nombre. Ambos referentes con un determinado registro en la historia de la localidad.

El Municipio de Venustiano Carranza presenta colindancias al norte con los municipios de Totolapa, Nicolás Ruíz y Teopisca; al este con Villa Las Rosas; al sureste con Socoltenango;

al suroeste, con La Concordia; al oeste, con Villa Corzo y Chiapa de Corzo y al noroeste, con Acala. Su extensión territorial consta de 1396.1km².

El 94.07% habla español, mientras que el 4.17% no habla español. El 86.80% de la población vive en condición de pobreza, siendo el 43.80% en pobreza moderada y el 43.00% en condición de pobreza extrema⁷⁰(CONEVAL, 2011).

En la regionalización vigente del Gobierno del Estado de Chiapas, el Municipio de Venustiano Carranza forma parte de la Región socioeconómica IV De Los Llanos, siendo la Cabecera municipal a su vez la Cabecera regional (SEGOB, 2012). Los Municipios que conforman esa región socioeconómica se observan en la tabla 1.

Región IV De Los Llanos	
1	Acala
2	Chiapilla
3	Nicolás Ruíz
4	Socoltenango
5	Totolapa
6	Venustiano Carranza
7	San Lucas
8	Emiliano Zapata

Tabla 1. Municipios que conforman la Región socioeconómica De Los Llanos. Elaboración propia con datos SEGOB

Dentro de los límites del Municipio se encuentra la ciudad de Pujiltilic. Ubicado a 30 kilómetros de la Cabecera municipal, la posesión de la tierra en esa ciudad es propiedad privada, a diferencia del estatus de comunal en buena parte la cabecera municipal. La mayor parte de las tierras que cultivan la caña de azúcar que alimenta la producción del ingenio se ubica en la zona alta circundante a Soyatitán, poblado que se encuentra a 20 kilómetros de Pujiltilic; además pueden encontrarse terrenos de cultivo cañero pertenecientes a ciudades que se encuentran en los municipios colindantes de Villa Las Rosas, Socoltenango y Tzimol. La mayor parte de la zona cañera es la que se encuentra en el valle, como se aprecia en la fotografía 1; cuya gran extensión plana ha dado nombre a esta región socioeconómica en la regionalización del Gobierno del Estado: Región de los Llanos.

⁷⁰ De acuerdo a indicadores de pobreza publicados en el rubro sociodemográfico del Gobierno del Estado de Chiapas.



Fotografía 1. Gran extensión llana colindante al ingenio Pujiltic ubicada en la depresión central de Chiapas; en la que se siembra caña de azúcar para abastecer la producción azucarera; al fondo una pared montañosa detrás de la cual se encuentra el vaso de la presa.

Cercana a la ciudad de Pujiltic se encuentra una central hidroeléctrica denominada Schpoiná con una capacidad de 2 MW, la cual fue puesta en operaciones 1953, para alimentar de electricidad al actual ingenio que antes de desempeñar la función productora de azúcar, fue concebida como fábrica de alcohol⁷¹.

Un estudio (ENASEM) en el que participa el INEGI, realizado por la Universidad de Texas y la Universidad de Wisconsin (INEGI, 2013), muestra que Chiapas no figura entre las 6 entidades federativas consideradas con alta migración a los Estados Unidos. Ello además del análisis teórico-histórico que a continuación se expone y la escasa referencia de en los hallazgos, nos llevó considerar el fenómeno migratorio como un tema poco relevante para nuestro estudio.

En relación a los datos estadísticos respecto de Diabetes Mellitus, es necesario considerar algunos hechos con los que, talvez un poco accidentalmente, nos encontramos; en una entrevista con una residente de especialidad médica en el área de epidemiología, nos contó que el panorama epidemiológico en las localidades pequeñas de Chiapas como Venustiano Carranza, resulta en buena medida incierto, puesto que no es posible identificar con claridad la contraparte en el campo de trabajo o en el ámbito clínico, de lo que anuncian los datos estadísticos. La persona

⁷¹ En su momento contextualizaremos el papel que tuvo tanto esa central hidroeléctrica, como la actual industria cañera en el municipio.

reportaba que el proceso de registro y comunicación interinstitucional⁷² respecto de las cifras estadísticas, fluye con muchos obstáculos y dificultades, por lo que es poco confiable basarse en dicha información para darse un panorama real del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*⁷³. Resulta curioso que por el contrario, un estudio hecho por la Universidad de Texas y la Universidad de Wisconsin⁷⁴, además de otras instituciones nacionales (INEGI, 2013), refleja que la percepción de la propia población de 50 años y más en la República Mexicana, considera que fenómenos mórbidos como la *Diabetes Mellitus* ha aumentado al grado de considerarse el segundo padecimiento que más afecta a la población⁷⁵, solo después de la Hipertensión y antes de la Artritis. A pesar de ello, ofrecemos un panorama muy general de dicho aspecto epidemiológico, el cual es importante tomar con sus reservas ante lo previamente dicho.

En Chiapas la morbilidad, durante los últimos 7 años ha aumentado de 13.40 a 28.40 por 100 mil habitantes; mientras que la mortalidad por diabetes aumentado de 67.03 a 88.29 por 100 mil habitantes (SSA, 2012).

2.2 Complejidad⁷⁶ histórica de la región

Hemos denominado de esta manera el presente subtítulo en vista de que, de no concebirse interdisciplinariamente, la historia de la localidad no se alcanza a comprender en sus diversas aristas disciplinarias; entre ellas la propia historia, antropología, economía, epidemiología, política, etc. Seguimos un orden cronológico general, aunque damos oportunidad de intercalar eventos anacrónicos por su importancia en el desarrollo de la descripción. La profundidad con la que esos aspectos son abordados radica en el nivel de relación que hemos considerado tienen en

⁷² En entrevista la médico epidemióloga nos contaba que en las reuniones municipales de Salud, cuyo objetivo es integrar un panorama epidemiológico municipal total, las diferentes instituciones, con mucha frecuencia las partes – IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, Sector Privado– no asisten a las reuniones ni proveen dicha información, con lo que los datos no se conjuntan. Ante esa realidad, es práctica común que se calcule numéricamente el crecimiento de los fenómenos mórbidos, sin que haya un sustento real para las cifras que se consideran oficiales.

⁷³ Tal vez esa práctica en algún sentido no debería extrañar, en nuestra experiencia en diplomados de temáticas médicas, es común escuchar que las cifras oficiales no reflejan realmente el panorama epidemiológico de la población, puesto que en ocasiones las metas gubernamentales no coinciden con los panoramas epidemiológicos reales y el actuar de la autoridad es la manipulación de dichas cifras.

⁷⁴ En el cual se entrevistó personalmente a las personas participantes del estudio.

⁷⁵ El estudio realizado en 2012, es corroborado con otro estudio de cualidades idénticas realizado en el año 2001.

⁷⁶ Entendemos el término como el entrecruzamiento de las dimensiones disciplinarias en el curso histórico, por ello se aborda dicha historia regional de manera continua, manifestando en esa continuidad los aspectos históricos, económicos, geográficos, pedagógicos, médicos, psicológicos, etc. Dicho entrecruzamiento discursivo puede apreciarse con singularidad claridad en las obras literarias que retratan la región de manera bella y clara, como es el caso de la obra de Rosario Castellanos, la cual se expondrá en determinado momento.

su conjunto, y para nuestro objeto de estudio; no deberemos olvidar que nuestra intención aquí es contextualizar históricamente la realidad actual en la localidad. Al momento de decidir la manera en que debíamos presentar estas diferentes caras de una misma realidad histórica, decidimos no fragmentarla en secciones, sino presentarla como un continuo al cual puede encontrarse diferentes momentos importantes para una misma localidad. Aunque ello podría dificultar la lectura confiamos en que enriquece la presentación de la realidad al presentarla con sus interacciones originarias.

El lector podrá ir encontrando como se aparejan los hechos epidemiológicos con los económicos y éstos a su vez con los políticos, étnicos, etcétera.

El territorio del actual estado de Chiapas fue conquistado en un primer momento por Luis Marín en 1524, quién en un primer momento se enfrenta y vence a los chiapa y recibe la rendición de los poblados de Zinacantán, Copanahuastla [cercana a la actual Venustiano Carranza], Pinola (Villa las Rosas), Huixtlan y Chamula (López, 2013). Posteriormente Diego de Mazariegos es enviado en 1527 para asegurar y ordenar la región para su explotación; a su llegada a los territorios es recibido con hostilidad por unos reorganizados chiapa, a quienes vence definitivamente. Mientras eso sucedía Pedro de Portocarreño llegaba por Guatemala para conquistar los Llanos de Comitán, donde incluso había ya fundado una villa; en franca disputa Mazariegos traslada la recién fundada Villa Real –del lugar donde recién la había ubicado, junto a Chiapa de los indios (actual Chiapa de Corzo)–, a la región de Los Altos –lugar en el que se encuentra actualmente con el nombre San Cristóbal de las Casas–. De ahí, el conquistador español se traslada a los Llanos de Comitán, y con la autorización de Nueva España dirige parte del ejército de Portocarreño (De Vos, 1992; Lenkersdorf, 1991; Viqueira, 2009).

Esos hechos fueron solo el principio de una larga y compleja historia; durante las guerras de conquista que trasladaron al terreno local nuevos elementos. Con la llegada del conquistador español no solo arribaron, como es sabido nuevas especies de enfermedades estrictamente microbianas que habían sido azote de las poblaciones europeas, sino llegó también una visión degradante que utilizó las diferencias morfológicas somáticas como bandera para un actuar racista.

El ciclo de vida- muerte que formaba parte de una compleja cosmovisión ligada a la tierra y al cosmos⁷⁷, concebía a la muerte como parte de un estatus honorable y sagrado, ya sea como guerrero en batalla o como parte de un sistema ofrendario⁷⁸, cobró un nuevo significado al introducirse una visión infrahumana del otro. Las acciones del conquistador español destacan en la historia no por su honor y respeto, sino por sus abusos y crueldad. Ese actuar humano cargado de significación –investido– por el peso de su figura institucional a la que representaba comenzó a hacerse notar, ese conquistador que engrosaba las filas del ejército de la Corona era por ésta autorizado a actuar bajo el derecho divino de conquista, al cual sustentaban interpretaciones de orden escolásticas (Suárez, 2002).

En resumen la figura institucional Real –la Corona española–, se sirvió de argumentos teológicos para ejercer su poder sobre las comunidades descubiertas y usando como herramienta la superioridad –y sobretodo la fuerza militar engrosada por los recién vencidos– bélica (Álvarez, 2008), en el afán de, primero conquistar y después, explotar dichos territorios. Hubo todo el tiempo en ese proceso un desdén del derecho de posesión que los habitantes originarios tenían sobre sus territorios. La institución Real actuó en beneficio de su reino, sobre desconocidos a los que consideraba objeto de conquista.

La manipulación ideológica de la que fueron objeto las comunidades originarias conquistadas, fue todo el tiempo visible en diferentes ámbitos aislados. Siglos después podría observarse un violento actuar reivindicador de esa crueldad histórica.

Posterior al violento encuentro entre las comunidades nativas americanas con los conquistadores españoles, tuvieron lugar múltiples discusiones que tenían como objeto la determinación del estatus de los individuos conquistados; ello tuvo como resultado la atribución a éstos de *seres humanos* solo “a condición de la cristianización”. Es decir de humanos pero en estado de barbarie. Ese estatus permitió a la Corona española la explotación mercantil de la tierra conquistada y el servicio de los que alguna vez fueron sus derechohabientes originales. Los nativos durante la colonia española fueron considerados seres humanos en edad infantil a los que era necesario tutelar, al respecto Grosfoguel escribe:

El resultado del juicio en la Escuela de Salamanca en 1552 es también conocido: el estado imperial español decide que los “indios” tienen alma pero son bárbaros a cristianizar. Por lo

⁷⁷ En el cual profundizaremos más adelante

⁷⁸ Los capturados en batalla recibían un trato especial para ser ofrendados en sacrificio cuya sangre servía de alimento a la madre tierra y con ello dar continuidad al ciclo de la creación (Arrollo, 2004).

tanto, es un pecado a los ojos de Dios esclavizarlos. La conclusión pareciera ser que de ahí en adelante los “indios” fueran a ser liberados del yugo colonial español. Pero ese no fue el caso. Los “indios” pasaron de trabajo esclavo a una nueva forma de trabajo coercitivo conocido como la encomienda (Grosfoguel, 2012, p. 91).

Como resultado de esos eventos los conquistados, es decir los pueblos originarios pasaron de ser los dueños de sus tierras, a tener que rentar éstas mismas a los encomenderos que durante la colonia –por decreto de la Corona Española– tenían derecho sobre ellas; además ese derecho se ejercía sobre los individuos que las habitaban, los cuales estaban obligados a trabajarlas a cambio de una evangelización “humanizadora”.

Es posible observar en ese actuar histórico –y siguiendo el análisis conceptual del capítulo anterior– el ejercicio de la figura institucional que se ejerce sobre individuos a los que se reconoce, y en su afán se actúa; pero cuya voz no es en lo mínimo escuchada y en esa medida ignorada.

Eso se tradujo en la implantación y ejercicio mediante la fuerza bruta, de acciones mercantiles, es decir se trató de una obligatoriedad injusta y desigual idealizada bajo un ejercicio axiológico teológico; esta medida tuvo una aceptación mínima ante la amenaza del castigo pero principalmente por intermediación del ideal institucional. La institución Real atribuía cierta personalidad jurídica al “indio”, a consecuencia de un iusnaturalismo (Beuchot, 1991) bastante cuestionable; sin embargo a pesar de que eso lo convertía en alguna medida en sujeto de derecho, nunca tuvieron lugar los instrumentos jurídicos y la fiscalización que vigilara el cumplimiento de esa legislación, lo cual lo transformaba en inexistente en los hechos (Suárez, 2002).

De esa manera se llega a tener un cierto efecto apropiatorio en los grupos a los que se implantó la nueva norma. No había garantía de aceptación incuestionable a ésta puesto que la injusticia era evidente, pero tampoco había condiciones para una protesta sustentable. Se tiene documentado un caso de resistencia incuestionable a esa norma, se trata de lo que De Vos (1990) describe en *No queremos ser cristianos, 1530-1695, según testimonio de españoles e indígenas*. El actuar ahí descrito muestra una resistencia de larga duración a la imposición del régimen colonial; rebeldía a la imposición que como es sabido costó el exterminio del pueblo lacandón. Es a su vez posible entender que ese pueblo fue una figura institucional cuyo ideal lo llevó a resistir la incursión de la figura institucional extranjera e invasora; la resistencia, objeto de un ideal grupal fue seguida tan al pie de la letra, que en su búsqueda estaba en juego la existencia misma, la vida del grupo se extinguió antes que ceder a la imposición. Esa resistencia inflexible sienta un

precedente histórico en materia económica, política y bélica. En ello tanto la Corona española como la Capitanía de Guatemala, en su afán de imponer el régimen colonial –que pretendió explotar económicamente territorios–, y obstaculizados por las condiciones difíciles para la batalla de la selva lacandona, jamás consiguió su objetivo; por lo que ante el fracaso, y la ausencia de una política conciliadora se utilizó la fuerza militar para exterminar a aquellos insumisos.

En síntesis la conquista fue un suceso que transformó para siempre no solo la cosmovisión de los conquistados, sino también la manera en que éstos se relacionaban entre sí y a su vez con los grupos humanos que tendrían lugar con la finalidad de explotar la tierra conquistada.

En este curso histórico tiene un papel especial la Iglesia; como hemos visto el estatus que se atribuye al ser humano originario de los territorios conquistados es determinado por las Cortes de un reino católico. Ese estatuto permitió que las diversas órdenes religiosas fueran arribando a América para hacer el trabajo evangelizador; pero en los hechos esa no era su única labor. De la misma manera como el régimen real autorizaba a individuos laicos –principalmente miembros del ejército– que se beneficiaran con encomiendas⁷⁹, también las órdenes religiosas tenían derecho a territorio y a los pobladores de éstas para explotarlas. Ello ocasionaba que los hombres de Dios se adentraran en una dinámica económica. Son pocos los casos de personajes religiosos que se hicieron notar por una verdadera entrega –a su función originaria– humanitaria en defensa de los abusos a los pobladores originarios, el más conocido fue el de Fray Bartolomé de las Casas⁸⁰ –quien incluso participó en los juicios de la Escuela de Salamanca en defensa del respeto a los pueblos indígenas–; pero la gran mayoría de religiosos entraba en una dinámica consistente en la administración de la fuerza de trabajo humana, como parte del sistema económico en el cual

⁷⁹ La encomienda consistía en una legislación real que tenía por objeto la organización y regulación de la explotación de los territorios conquistados. Se implanta desde los primeros años de la presencia hispana hasta el siglo XVIII. Se asignaba principalmente como premio a los conquistadores y sus descendientes por los servicios prestados. Se entregaba no solo la tierra sino también los indios que en ella habitaban, los cuales estaban obligados a pagar un tributo al encomendero. Fue un régimen que se ejerció con gran violencia y desapego a todo derecho humano; en ese sentido el encomendero ocupaba el lugar de Señor de vasallos o súbditos, cuyo destino dependía incuestionablemente de los designios o conveniencias del Señor. A cambio del pago de tributo el encomendero tenía la obligación de instruir religiosamente a sus indios. Por ello puede decirse que la encomienda fue una herramienta con doble función, la de explotar los territorios conquistados y de aculturar a los individuos originarios en la nueva, para ellos, ideología religiosa (Álvarez, 2008; Baudot, 1965; Camara, 1981; Jiménez Abollado, 2000; Viqueira, 1994).

⁸⁰ La obra de De las Casas en defensa de los derechos de los derechos del indígena, es vista por algunos (Beuchot, 1991) como los verdaderos cimientos de un iusnaturalismo del cual se derivaron los Derechos del hombre, incluso precedente al Ilustracionismo francés; periodo al que se atribuyen las ideas que fundaron el derecho a la dignidad del hombre.

estaban insertos. Diferentes trabajos muestran a la institución religiosa incurriendo en prácticas manipulatorias frente a la amenaza de perder la posición ventajosa que ocupaba sobre las comunidades indígenas y frente a las autoridades civiles; llegando en ocasiones a incurrir en

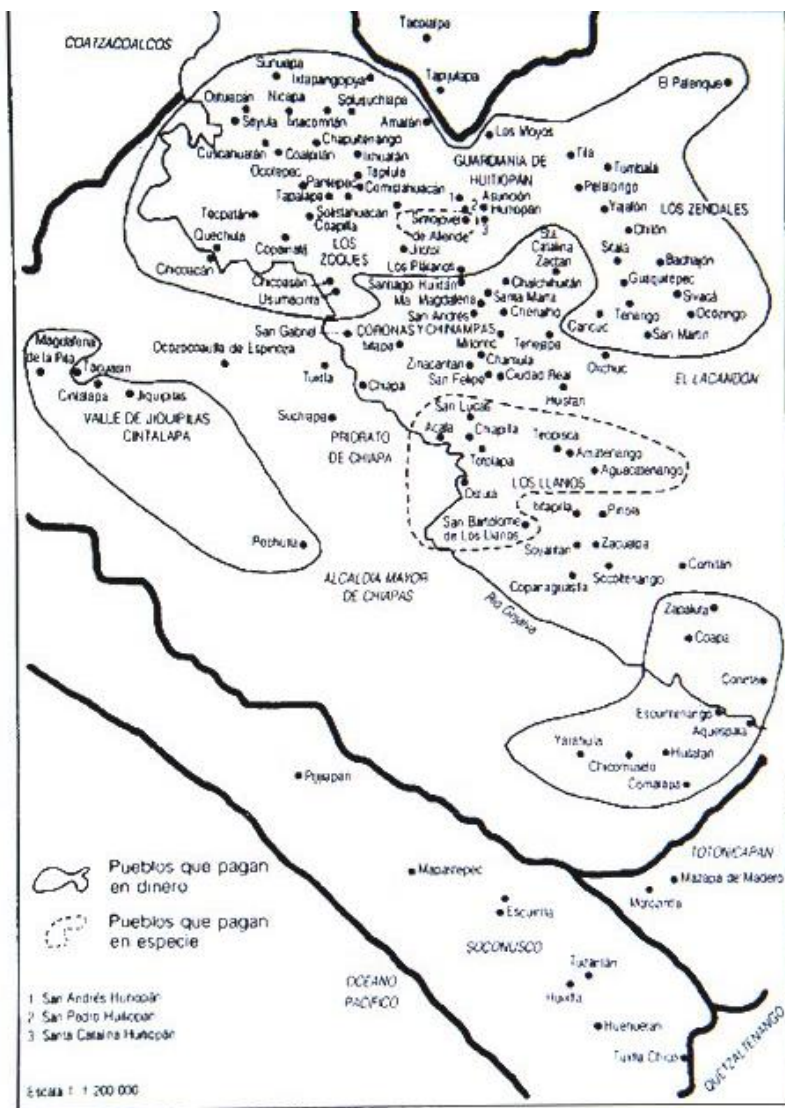


Ilustración 7. Regiones de Chiapas y las modalidades en que ofrendaban. Tomada de (Viqueira, 1994)

amenazas de utilizar a la fuerza de la excomunión o la Santa inquisición como castigo a la falta de sumisión al poder de la institución religiosa (Bataillon, 1954; Jiménez, 2000; Lenkersdorf, 1991).

Son comunes los pasajes históricos en que tanto encomenderos como religiosos incurrierán en fraude a la Hacienda Real, evadiendo su obligación de pagar el tributo por la explotación de la tierra a su servicio, se ocultaba la verdadera magnitud de las cosechas, se vendía coercitiva o

condicionadamente, obligando a los trabajadores indígenas a pagar como tributo más de lo que debían pagar. En el pago de tributo podía observarse el beneficio económico de esos vínculos (Viqueira, 1994). En la ilustración 7 puede observarse la organización de los poblados del actual Chiapas, en el pago de tributo.

En esa dinámica económica derivada del derecho que los conquistadores suponían sobre lo conquistado, se derivaban diversos beneficios exclusivos. Se beneficiaban la Corona española principalmente; pero también los españoles de la vida militar, de la vida civil y de la vida eclesiástica. Los únicos que no tenía derecho al beneficio económico derivado de la explotación de la tierra eran los indígenas, quienes habían sido anteriormente los propietarios originarios de la tierra que hoy debían trabajar para otros. Ello puede apreciarse en el ilustración 8.

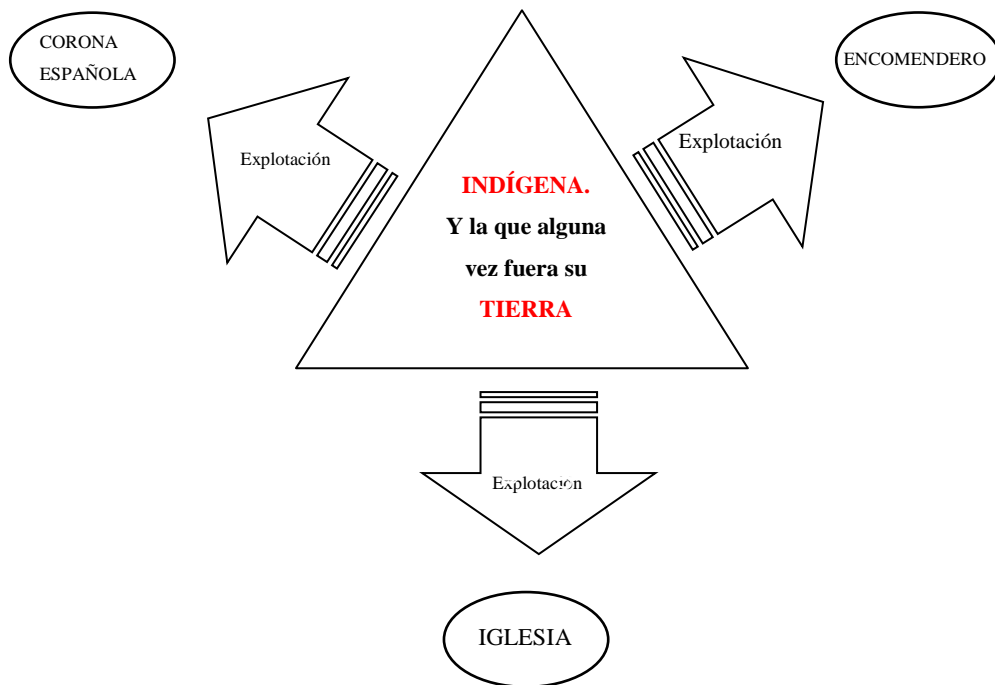


Ilustración 8. Cuadro de la explotación, en el que interaccionan los explotadores (al exterior) y los explotados (al centro). La población indígena era la única entidad que no se beneficiaba de esa interacción. Elaboración propia.

Ese torrente de dinamismo económico llevó a sus beneficiarios, a exigir cada vez más a las tierras y a quienes las trabajaban.

El desarrollo económico estaba fuertemente relacionado con la fuerza productiva que representaba la población indígena. Las prácticas colonialistas disponían de esa fuerza de trabajo sin una preocupación realmente efectiva por el bienestar de las vidas de quienes conformaban esa fuerza de trabajo.

Las tierras más prósperas a la llegada de los conquistadores a la actual Chiapas eran las tierras cercanas al Río Grijalva. Al mismo tiempo esas poblaciones eran las de mayor densidad poblacional; ello a causa del evidente beneficio que la disponibilidad de sus aguas comprendía. Ese vínculo hizo que con el tiempo dicha productividad económica vinculada con la densidad de población, se viera afectada por la presencia de enfermedades endémicas que prácticamente diezaban a las poblaciones. Los grupos más vulnerables ante esos embates epidémicos eran los indígenas, no así para los sectores españoles y mestizos. Ello permite dimensionar las condiciones en que vivían quienes representaban el motor humano de ese modelo económico.

Las enfermedades que pueden identificarse en esos episodios históricos son el *Cólera Morbus* y la Viruela, en múltiples tiempos durante el siglo XVIII y XIX, y aunque en condiciones políticas distintas también la *Influenza* española.

La capacidad reductiva de las epidemias sobre la población era aplastante; se registró que la actual Chiapa de Corzo llegó alguna vez a ser la ciudad de mayor densidad poblacional (5000 indios a finales del siglo XVII), para pasar a tener después de los embates de las epidemias venidas del Viejo Mundo, y de su sobreexplotación a tener solo 300 al final de la colonia. El ejemplo de Chiapa de Corzo es paradigmático de la magnitud del fenómeno (Viqueira, 2009).

Para el caso de la actual Venustiano Carranza entre los años 1720 y 1818 tuvo el mayor número de tributarios y habitantes para un pueblo de indios. Ya que se encontraba a 800 metros de altitud pudo resistir la gran mayoría de las epidemias que se presentaron en la región y que borrarón buena parte de los pueblos que ocupaban el Valle del Río Grande; para el caso de las poblaciones cercanas a San Bartolomé de los Llanos primero sucedió con Copanaguastla, extinta en el siglo XVII y Ostuta en el XVIII (Morales, 2005). Las tierras que alguna vez habían pertenecido a estas poblaciones pasaron a formar parte de la que podía resistir los embates epidémicos.

Sin embargo la historia no permanece todo el tiempo optimista para este poblado; pues al igual que las anteriores también tuvo sus propios episodios críticos. En el antiguo San Bartolomé

de los Llanos, en 1837 se presenta la primera epidemia de cólera y al año siguiente una de viruela, a las que le siguieron las de 1850, 1858, 1882 y 1893.

Trens (1999) permite corroborarlo al hacer mención de la manera en que la epidemia de *Cólera Morbus*, más o menos generalizada, a finales de 1857 era “de proporciones alarmantes [...] el cólera y la viruela asolaban las ciudades” (p.545). El mismo historiador escribe que para el año siguiente ingresa al estado de Chiapas nuevamente el Cólera por la Ciudad de Comitán.

En 1896 el etnógrafo estadounidense Frederick Starr realizó un viaje de reconocimiento que preparaba posteriores estancias en el sur de México y Guatemala; durante su permanencia y tránsito hace observaciones que resultan de interés para nuestro trabajo. En su estancia en San Bartolomé de los Llanos (hoy Venustiano Carranza), y con rumbo a la ciudad de Comitán registra la siguiente observación:

El mal del pinto, con manchas o descoloramiento de la piel, es una enfermedad común en muchas partes de México. Hay tres variedades que se pueden reconocer: la blanca, la roja y la azul o morada. La enfermedad es particularmente frecuente en los estados de Guerrero y Chiapas, y habíamos oído que era muy común en Chiapa. Quizá 20% de la población padece esta enfermedad; en San Bartolomé, aproximadamente 75% se ve afectada; en otros pueblos se ha reportado una proporción aún mayor. La forma blanca es la más común (Poblett, 1999, p. 159).

Resulta interesante observar la capacidad que tenían manifestaciones mórbidas como la arriba mencionada de diseminarse en una población como la que aquí nos ocupa. Para el caso de este padecimiento que no ponía en riesgo la vida del individuo era una manifestación que permite a los estudiosos dar cuenta de la capacidad reactiva o vulnerabilidad de una población frente a una manifestación mórbida.

A manera de síntesis presentamos lo que López, recientemente muestra en un listado de afectaciones endémicas tanto a la población humana, como a la vida agrícola en Chiapas. Para ello se basa en la obra de Wassertrom, (1992); De Vos, (1994) ; y de Morales Avendaño, (2005). Lo interesante de este conjunto de elementos es que permite notar no solo las afecciones en la población, sino también permite contextualizar el daño que se ocasionaba a los cultivos por las plagas agrícolas y los efectos que estas afectaciones tenían en la población ante las carencias que se presentaban en los alimentos; en pocas palabras este cuadro permite dilucidar un fragmento de complejidad de la localidad y la región. Se enlistan epidemias, hambrunas y plagas, las cuales se pueden observar en la tabla 2.

FECHA	DESCRIPCIÓN	EXTENSIÓN
-------	-------------	-----------

1529-1531	Plaga y hambruna	General
1532-1534	Sarampión	General
1545-1548	Cocolitzli	General
1565	Peste	Mató a la mitad de los indios en Zinacantan
1576-1581	Matlazahuatl	General
1600-1601	Peste	Mató a 1/3 de los indios de Comitán y Copanaguastla
1607-1608	Peste	Mató a 1/3 de los indios de Comitán y Copanaguastla
1631	Peste	General
1668	Peste	Comitán
1693	Peste	General
1706	Plaga de langostas	San Bartolomé de los Llanos
1707	Hambre y epidemia	San Bartolomé de los Llanos
1733	Peste	Xiquipilas, San Felipe, Bachajón
1769	Plaga de langostas	Yajalón y San Bartolomé de los Llanos
1769-1770	Epidemia y hambruna	Yajalón y San Bartolomé de los Llanos
1771-1773	Plaga de langostas y hambruna	General
1786	Peste de la bola	Desconocida
1788	Hambruna	en Zinacantan
1795	Viruelas	En toda la Meseta Central
1798	Lepra	En varios pueblos
1798	Mal del Pinto y tiña	Acala, Totolapa y San Bartolomé de los Llanos
1800	Garrotillo	Varios pueblos
1802-1803	Viruelas	En toda la Meseta Central
1803	Tabardillo	Varios pueblos
1806	Viruelas	Región Zoque
1808	Plaga de langostas	En varios pueblos
1818	Hambruna	En Huitiupán
1821	Viruelas	Región Zoque
1826	Sarampión	General
1829	Fiebres	Teopisca y San Bartolomé de los Llanos
1833-1835	Cólera morbus	San Bartolomé de los Llanos
1836	Epidemia y escasez de maíz	General
1837	Cólera morbus	General
1838	Viruelas	San Bartolomé de los Llanos
1849	Cólera morbus	En Pantelhó
1850	Cólera morbus	San Cristóbal y San Bartolomé de los Llanos
1850	Plaga de langostas y hambre	Varios pueblos del estado
1850	Hambre	General
1856-1858	Cólera morbus	San Cristóbal de las Casas
1862	Cólera morbus	En Bochil
1863	Cólera morbus	En Soconusco
1882	Cólera morbus	San Bartolomé de los Llanos
1903	Desconocida	Poblados de las márgenes del Río Grande
1910	Cólera morbus	En Soconusco
1910	Viruelas	General en el estado
1912	Plaga de langostas y hambre	San Bartolomé de los Llanos
1918	Influenza española	San Bartolomé de los Llanos
1918	Hambruna por escasez de víveres	General
1922	Plaga de langostas	San Bartolomé de los Llanos
1925	Plaga de langostas	San Bartolomé de los Llanos

Tabla 2. Enfermedades, plagas y localidades afectadas en Chiapas (López, 2013, pp. 102-103).

Los datos históricos que hemos mostrado previamente vinculados a la disminución de la densidad de población, a causa de las grandes epidemias en la época de la colonia, sirven para configurar un panorama mórbido histórico. El cual se observa íntimamente ligado a las condiciones económicas de una región para ello organizada.

La actual ciudad de Venustiano Carranza, originalmente se denominó San Bartolomé de los Llanos; y de acuerdo al historiador local Morales Avendaño (1977) hay elementos para ubicar en el mismo lugar una población en tiempos prehispánicos, a la que se denomina “Ylectán” (p. 3). Los registros más o menos claros, que surgen a partir de la Conquista permiten rastrear a San Bartolomé de los Llanos al año 1560 fecha en que se concentra un grupo de pequeños asentamientos tsotsiles que habían llegado al valle, provenientes de la zona alta denominada Huitepec. La concentración de esos pequeños grupos de pobladores fue realizada por la orden religiosa de los dominicos, quienes ocuparon esta región durante la colonización (Morales Avendaño, 2005).

Bajo los mismos preceptos de urbanización, fueron los miembros de esa misma orden religiosa quienes impusieron a los habitantes de la localidad la vestimenta que los distinguiría y que hasta hoy subsiste. Ésta consiste en vestimenta blanca –pantalón y camisa– para el varón, y nahua negra corta y blusa blanca con motivos naturales en colores; la cual se elabora desde aquellos tiempos a mano en telar de cintura por las mujeres de la localidad, y que en el ámbito comercial es apreciada por su belleza y originalidad.

La distribución étnica era característica; mientras la población tsotsil habitaba los alrededores del poblado, la población criolla y ladina lo hacía en el centro. Diversos documentos que recogen la realidad etnográfica del lugar; éstos refieren que las jornadas laborales de los tsotsiles sobre sus tierras comunales eran largas pues esas tierras se encontraban hasta cinco o seis horas de camino a pie, por lo que debían permanecer en espacios para ello improvisados y así poder regresar los fines de semana (Medina, 1995; Morales Avendaño, 1977; Salovesh, 1965).

A diferencia de otros grupos con población étnica, San Bartolomé de los Llanos se constituyó como una población que incorporó una población criolla y ladina; ello generó ahí un dinamismo peculiar. En su conjunto, a mediados y hasta finales del siglo XIX, había podido ubicarse como centro administrativo de las fincas y ranchos del Valle de los Llanos (Molina,

1994). Diversos análisis históricos han llevado a algunos historiadores a identificar a esta región como el granero de Chiapas (Viqueira, 2009), por la capacidad productiva que llegó a alcanzar.

El año 1769 es una fecha importante para lo que es nuestra región de estudio; teniendo todavía la Corona española el control de Hispanoamérica, tiene lugar un suceso que en la actualidad configura y en alguna medida explica la realidad en la región y en especial en la Cabecera municipal de Venustiano Caranza, Chiapas, México. Es la fecha en que el reino de España autoriza por efecto de compra y en calidad de tierra comunal asignada al pueblo indio; se trataba de una porción de tierra que en esos tiempos habían sido puestas en venta pero que nadie había querido comprarlas por considerarlas terrenos pedregosos y poco productivos. Por ello la tierra, en lo que a la cabecera municipal de Venustiano Carranza se refiere, en su gran mayoría recibe la denominación de tierra comunal; ésta ha sido objeto de grandes luchas por su recuperación y defensa. A su vez ha sido objeto de despojo por parte de terratenientes, caciques tanto ladinos como indígenas.

El deslinde y la titulación de esas tierras a favor de la comunidad data de 1769 y fue resultado de una compra a la Corona Española; Morales Avendaño (1977) da a conocer el documento que lo demuestra:

COMPRA EN 20 DE ENERO DE 1769, de acuerdo con los siguientes documentos:

“DON DOMINGO LOPEZ DE URRELO, Caballero de la orden de Calatrava, del consejo de Su Majestad, su Oidor Decano Jubilado de estar Real Audiencia, y Juez privativo del derecho de tierras de este Reino, por cuanto por el año próximo pasado de 67 habiéndose presentado el Común de Indios de San Bartolomé de Los Llanos de la Provincia de Chiapa ante su Alcalde Mayor Don Fernando Gómez de Andrade, representándosele tener escacés de tierras para sus SEMENTERAS Y PIDIENDO SE LES ADJUDICASEN LAS QUE FUERAN DEL EXTINTO PUEBLO DE OSTUTA, dió cuenta con el expediente el dicho Alcalde Mayor a este Juzgado privativo, apoyando la necesidad que representaban los indios, por ser un PUEBLO DE LOS MAYORES, y hallarse con el tequio de arrendar tierras a sus circunvecinos para sus labranzas y crías. Y habéndo pasado a la vista del señor Fiscal Hizo este pedimento: el Fiscal de Su Majestad dice: que con efecto el pueblo DE SAN BARTOLOME ES MUY NUMEROSO y necesario que se le den tierras; y hallándose vacantes las del extinguido Pueblo de Ostuta, no solo no haya reparo, sino que tiene por conveniente el que usía se las conceda para sus labores y ejidos, libres y sin contribuciones alguna. Y para el efecto de deslindarlas, y que sobre el deslinde se libre el título; Podrá usía remitir el expediente original al Alcalde mayor para que por si o su Teniente haga reconocer los linderos de las referidas tierras de ostuta, y poniendo en posesión de ella a los indios, después de amojonadas devuelva las diligencias para que con su inserción se les libre el Título, notificándoles ocurran por él con los derechos de la escribanía de Cámara. Guatemala y Noviembre diez y nueve de mil setecientos sesenta y siete- (p.15).

Esas tierras, que en total suman 70 132 hectáreas (Medina, 1995), permanecerían así durante el resto del siglo XVIII y hasta principios del siglo XIX. En ese lapso tendría lugar la guerra con la que, tanto México, Guatemala y el resto de Centroamérica obtendrían su independencia de la Corona española.

La emancipación de lo que alguna vez fueran las colonias españolas, generaron cambios en los procesos mercantiles en el ámbito nacional e internacional; una vez librados del régimen del imperio español la joven nación debía enfrentarse a las necesidades de un mundo marcado ya, desde aquellos años, por la influencia del intercambio económico. Ello tuvo una enorme importancia en las dinámicas económicas regionales. El primer eslabón sobre el cual recaía ese reacomodo era en aquellos que tenían derecho sobre la tierra y a su explotación –su labor tenía la potencialidad de impulsar el dinamismo económico requerido por la joven nación–. Sin embargo para las poblaciones indígenas la dinámica social no cambió significativamente. Tras la obtención de la independencia de España, la nación mexicana se sumió en grandes conflictos que obligaron a los gobernantes a dirigir la atención a las diferentes exigencias de orden internacional. Tuvieron lugar endeudamientos, guerras con naciones extranjeras, intervenciones extranjeras, pérdidas de territorio, promulgación de leyes necesarias que polarizaban la opinión pública, guerras civiles; esos fueron los temas comunes en la historia del joven México independiente. La nación mexicana luchaba por abrirse paso con la ingenuidad de su novata independencia frente a una comunidad internacional feroz y al acecho de oportunidades que permitieran expandir su poder en la lógica colonialista⁸¹; las oportunidades se hacían más atractivas en naciones con fuertes conflictos internos, México era una de ellas.

Temas como la justicia, la fraternidad, la igualdad –ideas de la Ilustración francesa–, habían sido los motivos de la guerra de independencia de las colonias americanas respecto del yugo español. Sin embargo esas ideas no se transfirieron a los rincones de la joven nación que seguía funcionando con sus viejas prácticas; en ellas que podía identificarse una fracción conservadora –pretendiendo mantener el orden principalmente monárquico ligado a la Iglesia católica– y una liberal que influenciada por las ideas ilustracionistas buscaba implantarlas a

⁸¹ En este momento podemos ubicar una tensión internacional motivada por la búsqueda de éxito en la obtención de poder a través del ejercicio económico–elementos que se encuentran detrás de la globalización como lo hemos revisado en el capítulo anterior–. De la misma manera como puede observarse en la actualidad dentro del marco jurídico internacional y las prácticas al margen de ésta orientadas a controlar el mercado y a hacer crecer el capital.

través de un orden social libre. Sin embargo los que detentaban poder no estaba dispuestos a perderlo, puesto que por ello habían optado por la independencia.

Volviendo al ámbito regional, con el paso del tiempo y con la llegada de modificaciones legales federales como las Leyes Lerdo o de Desamortización, las tierras comunales y entre éstas las de San Bartolomé de los Llanos fueron gradualmente –como más adelante revisaremos a detalle– pasando a manos de particulares.

Ese proceso fue posible básicamente por dos hechos importantes; el primero es que las condiciones reinantes permitieron que esas prácticas fueran vistas como ordinarias en la dinámica necesaria para adaptarse a una nueva dinámica económica para el joven país independiente. Por otro lado las epidemias estaban en un punto en que diezmaban fuertemente a la población indígena, afianzando los procesos de inclusión como propiedad particular sobre las tierras que habían sido comunales (Viqueira, 2009). De esa manera fueron creándose y afianzándose cacicazgos importantes. Ello crearía un ambiente comercial exitosos de agricultura y ganadería durante buena parte del siglo XIX y principios del XX (Medina, 1995; Molina, 1994).

Fue por la década de los 50 del siglo XIX cuando, ya en manos de ladinos influyentes esas tierras fueron convirtiéndose en fincas, ranchos y haciendas. El último de los azotes epidemiológicos que golpeo a la población en estricto sentido biológico, vino a ser el de influenza en 1918; el cual fue una epidemia que no solo golpeó a la región sino se manifestó como un fenómeno epidemiológico de escala mundial.

Entre otros, la escaza población, la falta de familiaridad con los procesos sociopolíticos y de habilidades sociales para protestar por ese despojo inhabilitaba a los propietarios originales de esas tierras.

La lucha armada denominada Revolución Mexicana llegó a Chiapas. Sus ideales, a su vez desencadenaron una serie de eventos armados. Las crónicas sobre lo sucedido en el entonces San Bartolomé de los Llanos narran la llegada de las tropas carrancista ya en plena revolución; entre abusos como el robo, ahorcamientos, fusilamientos, saqueos, y ultrajes a la población civil tuvo lugar durante el paso de ese movimiento en un periodo entre 1911 y 1924. Pero la revolución en Chiapas tomó tintes peculiares; en esos años se iniciarían también movimientos contrarrevolucionarios orquestados por los intereses mercantiles de los finqueros y dueños de grandes extensiones explotables. Todo aquel que trabajaba para éstos luchaba a favor del patrón,

sin realmente comprender la magnitud del ideal por el cual luchaban. Ese bando contrarrevolucionario fue denominado vulgarmente mapache.

El denominado mapachismo⁸² en esta región no hizo sino consolidar la posesión de las extensiones de tierra comunales en manos de particulares, quienes se resistían a permitir la implantación de las reformas agrarias provenientes del centro de la república; esa negativa a aceptar las modificaciones federales tenía como objeto mantener las ventajas del trabajo esclavizante, la posesión latifundista de la tierra y el derecho a disponer sin limitantes, y sin obligaciones a los pobladores indígenas cuya vida era miserable. Esos mismos individuos que eran tratados como trabajadores sin derechos, defendieron una causa bélica que al ganar, como sucedió, mantuvo por décadas la situación de injusticia, explotación y despojo que tenía lugar desde hacía tiempo (Paniagua, 1983). La población nunca dejó de tener en cuenta el verdadero valor de la tierra, pero el tiempo no era el indicado para su reclamo.

A pesar de ello los ideales revolucionarios llegarían a la localidad a través de la educación formal ejecutada por los maestros federales. Con ello vendría un proceso de civilización gradual para esta comunidad indígena; hasta 1934 San Bartolomé de los Llanos mantuvo un sistema de cargos tradicional de orden político-religioso, que tenían un cierto reconocimiento por parte de la autoridad civil.

Entre las décadas de 1930 y 1950 tuvieron lugar en San Bartolomé de los Llanos fenómenos sociales trascendentales para el cambio de una comunidad estrictamente indígena a una campesina integrada. Ello sucedió a través de 2 grandes cacicazgos en el orden de la intermediación y organización social, cuyas actitudes y acciones transformaron a la población y sus dinámicas psicológicas, económicas, poblacionales, agrarias, etc.

Para 1930 el Ayuntamiento Indígena tenía pleno poder sobre la vieja jerarquía indígena, y aunque a partir de 1917 no tenía autoridad legal, “seguía existiendo y era reconocido por las autoridades civiles (Renard, 1998, p. 119). Ese reconocimiento tenía una función utilitaria, ya que a través de ese ayuntamiento se coordinaban los tequios⁸³ que oficialmente debían beneficiar a la comunidad; pero que en la práctica era una actividad desvirtuada porque eran únicamente los indígenas quienes tenían ese deber. Obligados por el Ayuntamiento Indígena, los tsotsiles de la

⁸² Fenómeno armado en Chiapas que se conformaba principalmente por finqueros que se oponían a las reformas promovidas por la Revolución. Se dice que se les denominó de esa manera por sus incursiones nocturnas y por haber llegado a necesitar maíz crudo.

⁸³ Trabajo que los comuneros tenían que prestar a la comunidad, como mantenimiento de caminos y lugares públicos o de infraestructura.

localidad debían cumplir bajo amenaza de cárcel al incumplimiento; algo que hacía aún más indigna esa labor era que se trataba de una actividad no remunerada. El tequio también era manipulado para beneficiar a los finqueros quienes tenían mano de obra sin costo sirviéndose de la autoridad indígena.

Era este Ayuntamiento junto con el Comité Agrario local los que administraban legalmente las tierras comunales. A los puestos de esa institución se accedía por el sistema de cargos político-religioso tradicional. El cargo de mayor nivel jerárquico eran el de principal⁸⁴; un determinado número de principales de cada barrio conformaban el Consejo indígena. Institucionalmente había un puesto al que se accedía sin haber pasado por el sistema de cargos, el de Secretario del Ayuntamiento⁸⁵, por lo que su influencia interlocutoria era secundaria. Ello sucedió así hasta la administración del último Secretario: Bartolomé Vázquez Chahal; se trató de un individuo bilingüe y con conocimiento del mundo ladino, algo poco común en aquellos años ya que la población indígena no tenía acceso a la enseñanza. Gradualmente su dominio del español y su conocimiento para desenvolverse en el ambiente ladino fue convirtiéndolo en un interlocutor obligado ante los ricos; y a pesar de no tener el cargo de principal –puesto que vivió fuera de San Bartolomé de los Llanos hasta los 15 años, tiempo en el que recibió educación formal– alcanzó una posición política estratégica –cacique– entre los principales de la comunidad y los ricos del Ayuntamiento civil. Vázquez Chahal fue construyendo una red de relaciones políticas que le fueron ganando poder aún mayor que el de los principales de cada barrio; ello convenía a los ricos que se beneficiaban con un interlocutor que tenía gran influencia sobre los principales de todos los barrios al momento de movilizar gente para las faenas. Su gran influencia y poder se veían incrementados por la creencia de que tenía un origen supranatural (Salovesh, 1965). En resumidas cuentas el Ayuntamiento Indígena era conveniente al Ayuntamiento ladino, a través del poder que el primer cacique indígena tenía sobre el primero, el segundo se hizo así de numerosas tierras comunales.

En 1934 llegaría a su fin el Ayuntamiento Indígena; no serían las autoridades civiles las que así lo dispusieran, sino los comuneros urgidos por la situación en que se encontraban las

⁸⁴ Para ser un principal se debía ser miembro de la comunidad, y para eso era necesario haber nacido en ella. Se trataba de una carrera jerárquica comunitaria con cargos políticos y religiosos. Era necesario recorrer una serie de cargos para llegar al de “principal”, que era el cargo máximo y los hacía miembros del consejo de la comunidad; se trataba de un cargo vitalicio

⁸⁵ Sus únicas funciones eran la de guardar los títulos comunales y el padrón de contribuyentes.

tierras de la comunidad. Ello traería como consecuencia gradual que el sistema de cargos político-religioso tradicional quedara relegado en orden de importancia.

En ese hecho tendría gran influencia otro personaje de gran interés para la historia de la localidad, y a quién en ese orden de hechos podría considerarse otro cacique del mismo tipo; Donaciano Zamudio, era un maestro originario del Estado de Veracruz, ex-militar revolucionario quién había llegado a San Bartolomé de los Llanos en los años 20. Sería él quién traería orden y fuerza a la organización comunal (Molina, 1976; Renard, 1998; Salovesh, 1965). Abrió la escuela a los indígenas, tanto niños como adultos con lo que amplió el número de indígenas bilingües y utilizó su posición para transmitir sus ideas políticas revolucionarias. Su postura promovía franca oposición a prácticas “tradicionales” como las fiestas de barrio por considerar que originaban un gasto excesivo⁸⁶, así como al tequio no remunerado. Se oponía a la organización tradicional de los barrios con decisiones independientes y promovía una solidaridad interétnica⁸⁷ que incluía a los ladinos pobres y sin tierra, que para ese tiempo eran cada vez más numerosos en San Bartolomé. En 1933 se emite un decreto del gobernador Grajales por el cual se ordena cerrar todos los templos e iglesias; ya en 1934 por el mismo fervor anti-religioso se presentan tropas que saquean los edificios religiosos (iglesias) y generan gran tensión en la población, por lo que no se realiza el tradicional cambio de cargos de quienes dirigirían el Ayuntamiento Indígena al año siguiente. Ese mismo año se modifica el nombre de la localidad a Venustiano Carranza.

Durante una gira del presidente Cárdenas por Chiapas, se entrevistaría con un grupo de comuneros encabezados por Zamudio; con lo que este último consolida su gran influencia – poder– frente a la comunidad. Siguiendo los ideales que había enseñado y al frente de una avanzada de soldados federales liberó a los presos del Ayuntamiento Indígena y clausuró el edificio que ocupaba. Con la promulgación de un nuevo Código Agrario, que extinguiría al viejo Comité Agrario dando paso a la muerte del viejo Ayuntamiento Indígena, y a su vez en su lugar a los Bienes Comunales, en los que tomaban parte también los ladinos pobres. Desde 1935 múltiples delegaciones de comuneros se trasladaron a la Ciudad de México, con Vázquez Chahal⁸⁸ a la cabeza en demanda de la restitución de las tierras comunales.

⁸⁶ Ello le valdría enfrentamiento con la Iglesia cuyo santoral programaba y organizaba las festividades de los barrios.

⁸⁷ Argumentaba que el verdadero enemigo de los pobres, fueran indígenas o ladinos eran los terratenientes

⁸⁸ Ante la ausencia de Zamudio, Vázquez Chahal consolidaría y trasladaría su influencia a la recién instituida Bienes Comunales; las prácticas que este cacique ejercía beneficiaban por un lado las acciones de la comunidad en ámbitos estatales y federales, al tiempo que inconformaba a los comuneros por algunos abusos. Ello sucedería así hasta su muerte en 1947 a manos de comuneros (Renard, 1998).

En 1936 en medio de inconformidades políticas estatales Zamudio es encarcelado y no regresará jamás a Venustiano Carranza; pero su labor revolucionaria estaba implantada, la cual fue seguida por la comunidad. Las acciones de ese profesor revolucionario harían del ideal comunero una causa común, en la que los motivos étnicos pasarían a segundo término, ya que la presencia de numerosos ladinos pobres le daba fuerza e integridad a la causa. En la opinión de María Cristina Renard⁸⁹ (1998), ese movimiento integrativo interracial no hubiera sido posible en comunidades indígenas y ladinas como las que se encuentran en los Altos de Chiapas o en el Norte del estado, lugares conocidos por un mayor y más marcado racismo. Esa integración es en la actualidad, una realidad que se observa cotidianamente en la localidad; y posiblemente sea el motivo por el que a la escucha, en el tsotsil de Venustiano Carranza se escuche una gran presencia de términos en castellano y la negativa de los jóvenes a hablar en público su lengua originaria.

Haremos un giro retroactivo para iniciar la revisión de una veta temática diferente, la territorialidad en el ámbito estatal, para volver a incidir en la realidad actual por una ruta distinta; durante la colonia el territorio que actualmente es el Estado de Chiapas pertenecía al reino de Guatemala, era observable desde esos años la disputa por el cobro de los tributos entre la Capitanía de Guatemala y el reino de la Nueva España. Después de la independencia de México el territorio del actual estado de Chiapas pertenecía a la capitanía de Guatemala y sería disputado; el motivo de esa disputa en buena medida obedecía a la obtención de los beneficios económicos que en ese estado se producían. Es así como en 1824 sucede, no sin inconformidades, la Federación de Chiapas a México.

Esos sucesos tuvieron lugar ya en una nación libre del colonialismo español; sin embargo las modificaciones instauradas por ese periodo que terminaba permanecían en funcionamiento como modos de interrelación autorizado por las instituciones vigentes que eran operadas por los mismos ciudadanos ahora libres del régimen europeo.

Las cosas no cambiarían en mucho para los pueblos indígenas, lo que si sucedería para los mestizos. Si durante la colonia se quitó el derecho a las comunidades originarias de administrar por sí mismas sus tierras a manos de los españoles autorizados por la Corona; durante el período

⁸⁹ Autora de una obra de gran complejidad disciplinaria sobre la entidad, y que toma en cuenta múltiples trabajos previos

independiente fue a manos de los grupos terratenientes conservadores ligados al poder así como por parte del Estado y la misma Iglesia. Ese vínculo se puede apreciar en la ilustración 9.

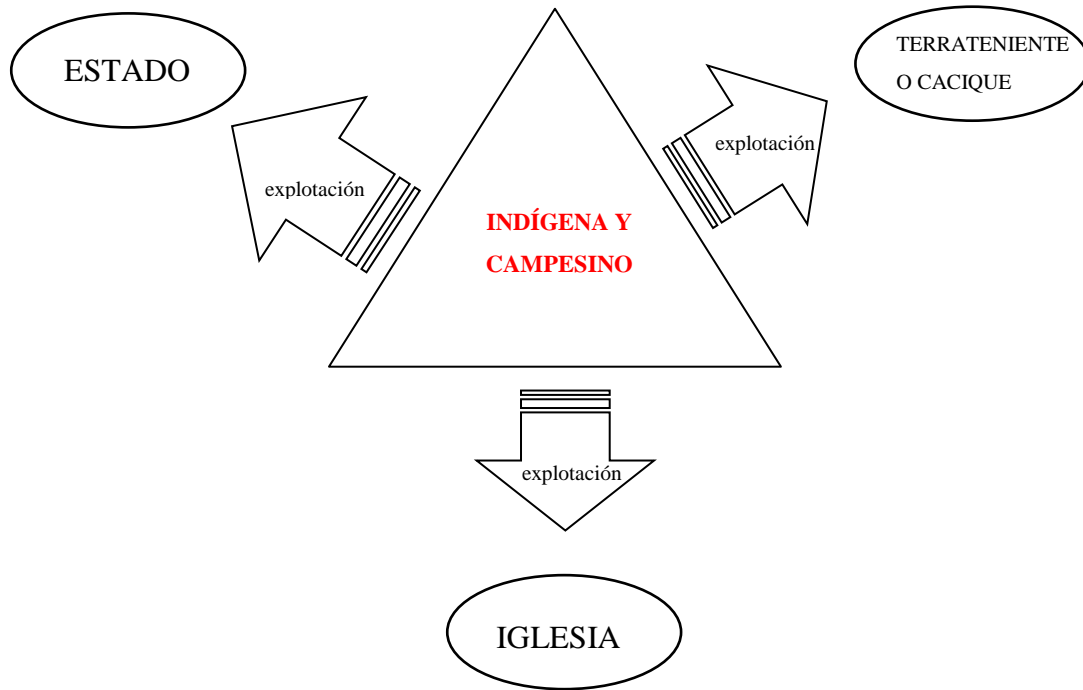


Ilustración 9. modificaciones en los actores de la interrelación entre explotadores y explotados. Elaboración propia

La distancia entre la Ciudad de México y el estado de Chiapas es considerable por las condiciones geográficas de la República Mexicana, pero esa lejanía física se magnifica históricamente al revisar los antecedentes del interés de la Federación por las necesidades del estado del sureste. Si se compara esa relación con cualquier estado del norte de la República se observa una enorme diferencia, lo mismo con los estados del Centro del país.

Mientras en estas regiones mexicanas se ejercía mediante la fuerza armada y política la instauración del orden, en Chiapas los excesos continuaron dándose sobre los mismos grupos con la diferencia que ahora se ejercía por los ciudadanos que poseían los medios tanto económicos como políticos para el desarrollo socioeconómico. El triunfo de la contrarrevolución alargó el dominio de los grupos conservadores terratenientes y creó nuevos. Se establecieron alianzas entre los poderosos económicamente con el poder que ocupar cargos políticos otorgaba. Ello permitió

que florecieran grandes monopolios que ejercían un dominio feroz sobre buena parte del estado, que no hubieran sido posibles sin el amparo del Estado, el principal ejemplo de ello fue el conocido monopolio alcoholero de Hernán y Moctezuma Pedrero (Lewis, 2004), en cuyo afán productivo se extendió al territorio del actual Municipio de Venustiano Carranza, donde se construyó la fábrica de alcohol que actualmente es el Ingenio Pujiltic, administrado por una empresa privada.

Mientras en el resto del país, en alguna medida se aplicaban los ideales triunfantes de la Revolución mexicana, en Chiapas a pesar de ser un estado de la federación, esas reformas se mantuvieron inaplicables. Tuvo lugar una especie de pacto entre el Estado a los pocos que mantenían control sobre grandes extensiones de tierra y sobre las principales actividades mercantiles; cuando era necesaria el Estado ejercía proteccionismo para mantener los intereses privados en el que los gobernantes tenían beneficios económicos. La gran mayoría vivía en estado de pobreza y desprotección; ello fue ocasionando que se mantuviera un clima de injusticia, explotación e inequidad. Fenómenos como el racismo que nunca se extinguieron, siguieron un curso libre en esas condiciones socio-políticas.

Hasta nuestros días diversas observaciones permiten visualizar la consideración inhumana o indigna con la que se califica al semejante indígena o campesino pobre. En la literatura contemporánea podemos leer:

Se nos han abierto poco a poco las puertas que dan acceso a un mundo humano fascinador: la época colonial americana en general y la sociedad colonial chiapaneca en particular. Nos damos cuenta ahora que sin el conocimiento de esta última sería imposible conocer y entender la sociedad chiapaneca de hoy. Más aún, los largos meses de redacción que invertimos en la ciudad ladina de San Cristóbal de las Casas, la antigua capital de Chiapas y en la región indígena de Bachajón-Chilón, han hecho que experimentemos en carne viva la profunda y trágica lucha de razas que divide hasta el día de hoy a la sociedad chiapaneca, obviamente herencia del pasado colonial (de Vos, 1996, p.10).

Manifestaciones como esta muestran la realidad vivida con cierta carga de inequidad y racismo –entre otros–, que tuvo y tiene lugar en la región sureste de México. Fábregas, conocedor del pasado del sureste mexicano muestra las diferencias que el desarrollo del trabajo siguió en cada región; mientras en el centro del país la figura del Rancho produjo la impronta de un campesinado libre, en entidades como Yucatán la Encomienda se mantuvo hasta los años iniciales del siglo XIX, o en las fincas de Chiapas el *trabajo condicionado* en dependencia a las tiendas de raya se mantuvo hasta los primeros años de la década de 1970 (Fábregas, 2011).

En lo que a realidad chiapaneca cargada de injusticia se trata, pudo ser plasmada en diversos ámbitos. Digno ejemplo de ello es la literatura de Rosario Castellanos; lo que en palabras de Ruiz (2011) es la Trilogía de Chiapas: Balún Canán , Oficio de tinieblas , y Ciudad Real, permite conocer un pasado bellamente narrado a través de la sensibilidad de una distinguida mujer, cuyas obra “ilustra el enfrentamiento entre los blancos dominantes, herederos de la Conquista española y los dominados, los indígenas, desposeídos de sus tierras ancestrales” (p.2).

En lo que al ámbito económico, político y antropológico concierne, lo que Lewis (2004) denomina Guerra del *Posh*, tuvo lugar entre los años 1951-1954. De acuerdo a este investigador se trató de una confrontación que tuvo lugar teniendo como oponentes al Instituto Nacional Indigenista, el Monopolio de alcohol y al Gobierno del Estado de Chiapas. El monopolio se construyó al amparo del Gobierno del Estado; los funcionarios del segundo llegaron a ocupar cargos en el consejo directivo del primero, consolidando un enorme sistema mercantil. En éste se producía más de lo permitido; se eliminaba sistemáticamente toda competencia; se encarecía el producto al ser el único proveedor; se gravaba exageradamente todo producto importado al estado. La enorme red de comercio de alcohol explotaba el papel que la bebida –principalmente aguardiente– ocupaba en un amplio número de actividades tradicionales como nacimientos, bautismos, compromisos matrimoniales, negociaciones mercantiles, cultos religioso, velorios, procesiones funerarias, entierros, fiestas populares, “durante, antes y después de las vistas judiciales [...] el *posh* que también significa ‘medicina’ en tsotsil, era usado en la prevención, diagnóstico y prevención de enfermedades” (p. 114). Con ello se explotaba una tradición de buena parte de los pueblos del estado de Chiapas, pero principalmente en la región de Los Altos. Se trató de un fragmento de historia paradigmático de la situación económico-política que reinaba en Chiapas para la segunda mitad del siglo XX.

En esa misma dinámica económica fuertemente manipulatoria tuvo lugar el gran desarrollo agricultor y ganadero que vio engrandecer a la región de los Llanos, que gradualmente fue degradándose con la separación de la región de Los Cuxtepeques que consiguió su emancipación constituyendo el municipio de la Concordia.

En la actualidad la población de Venustiano Carranza, Chiapas es conocida por su hostilidad hacia las instituciones de los tres órdenes de gobierno, pero hasta el inicio de los años 70 eso era desconocido en la localidad. La Resolución Presidencial de Reconocimiento y Titulación de Bienes Comunales publicada en el Diario Oficial del 28 de agosto de 1965 –durante

la administración de Gustavo Díaz Ordaz, como Presidente de México–, y la posibilidad de recuperar las tierras que alguna vez pertenecieron a la comunidad encendió el dramatismo, en la recuperada población indígena.

Las figuras caciquiles más afectadas e involucradas en ese proceso eran Carmen Orantes y Augusto Castellanos –quienes habitaban en la localidad–, además de los hermanos Pedrero quienes poseían una extensa región en la que se sembraba caña de azúcar para la fábrica de alcohol en Pujilic.

Mientras la resolución presidencial generaba un creciente optimismo e idealismo en las comunidades que alguna vez ostentaron la posesión de la tierra –alguna vez denominada comunal–, en 1966 tiene lugar el asesinato del primer Comisariado de Bienes Comunes, José Córdoba Ayar. Esos acontecimientos fueron tensionando cada vez más la relación entre una población que veía cercana la devolución de las tierras de las que habían sido despojados y los poseedores de esas mismas tierras para ese tiempo.

Como resultado del aumento de esa tensión el Comisionado de Bienes Comunales Gaspar Díaz Reyes es asesinado en 1970. Mientras que para el año siguiente se liberaba el deslinde de las tierras comunales; con ello aumenta súbitamente la frágil relación entre ganaderos ladinos y comuneros indios.

Para 1974 culmina el deslinde de tierras comunales con lo que se otorgan 42 mil hectáreas a sus propietarios originales; mientras que el año siguiente como resultado de esa tensión es asesinado el Comisariado de Bienes Comunales Guadalupe Vázquez Chah.

Lo que vendría a poner el dedo en la llaga del conflicto entre caciques y comuneros en la localidad fue inicialmente el asesinato del principal impulsor del movimiento comunero –lo cual hasta estos días se mantiene presente en las pintas que se realizan durante las marchas de los comuneros en la localidad, como se observa en la fotografía 2 a y b– el Comisariado Bartolomé Martínez Villatoro y el posterior asesinato de Augusto Castellanos –terrateniente y ganadero– en la puerta de su domicilio. Ello generaría una respuesta casi inmediata; dos días después la Casa del Pueblo, recinto administrativo de la Comisaría de tierras comunales, sería tomada por asalto por el ejército cobrando vidas de ambos bandos (Medina, 1995; Renard, 1998).



Fotografía 2a y b. Pintas que es posible encontrar frecuentemente en la localidad, algunas realizadas durante las marchas de comuneros.

La violenta lucha que tuvo lugar entre entidades institucionales –figuras caciquiles apoyadas por el Estado y la institución agraria local– afectó fuertemente la actividad político-económica local. Para esos años el poder de la Federación se había consolidado y había encontrado cierta estabilidad en comparación con los años entre la independencia y la revolución. Se realizaban grandes proyectos, que permitían observar un interés por el desarrollo en todo el territorio federal, al respecto Fábregas escribe:

El sur-sureste de México se había convertido en un territorio estratégico para el Estado Nacional que lo concebía como una “reserva” en muchos sentidos. La frontera agrícola intensificó su avance hacia el sureste, hacia Chiapas, Tabasco y Quintana Roo en particular, a partir de los años sesenta con la construcción de grandes hidroeléctricas y la continuación de los planes de colonización de la selva tropical (Fábregas, 2011, pp. 48-49).

De esa manera el Estado concentrado y centralizado hacía ejercicio de su poder e influencia sobre los territorios bajo su dominio, a pesar de haber sido territorios desatendidos históricamente.

El evento que modificó la geografía municipal y la percepción de las dimensiones del conflicto por las tierras en Venustiano Carranza, vino a ser la construcción de la Central Hidroeléctrica “Belisario Domínguez”, la cual se construyó en parte del territorio del Municipio y cuyo vaso inundó 2500 hectáreas de tierras comunales (Aguilar, 1986), lo cual puede apreciarse en la ilustración 10. En palabras de Fábregas, ello trasladó la opinión de los comuneros para incluir en la lista de los responsables de sus injusticias a la Administración Federal.

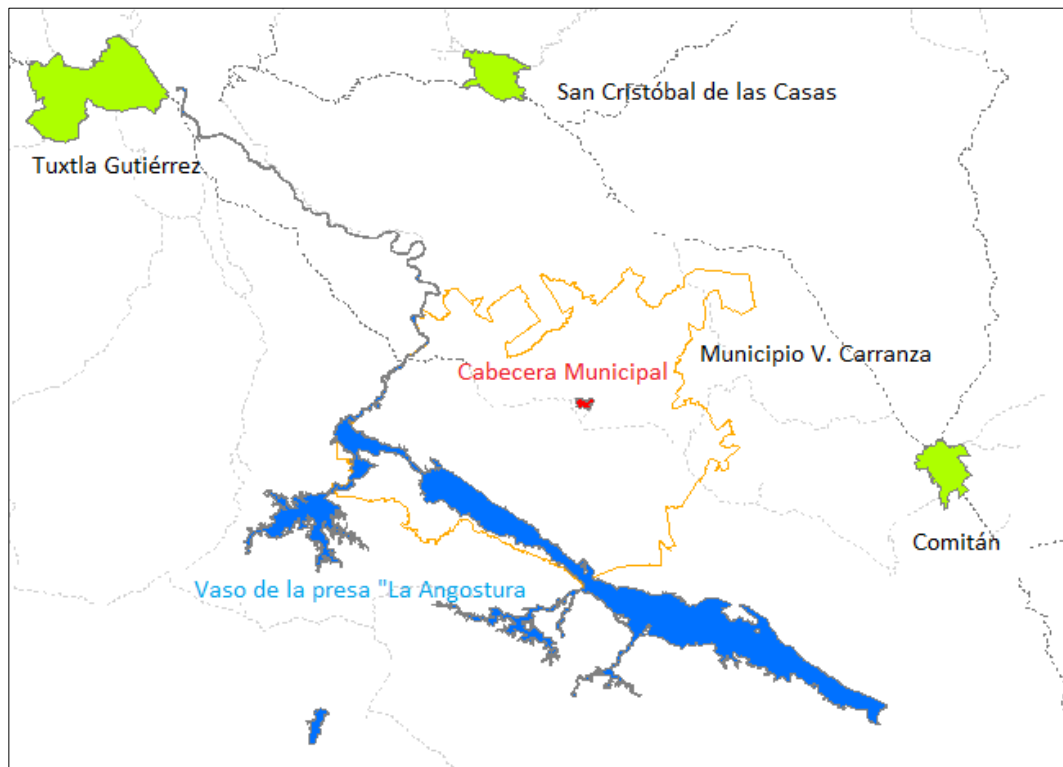


Ilustración 10. Municipio de Venustiano Carranza con la zonas inundadas por el vaso de la Central hidroeléctrica "Belisario Domínguez" La Angostura. Elaboración propia con datos de INEGI, (2014).

Es posible identificar a través de la obra literaria el sentimiento del poblador de la región, cuya vida se vinculaba con la rivera natural del río Grijalva. La prosa de esos individuos, tanto

ladinos como indígenas permite conocer y dimensionar la separación del territorio que alguna vez estuvo ligada a su vida; ejemplo de ese sentir puede encontrarse en fragmentos como el siguiente:

Al fondo, en un rebramar apaciguado por la distancia, se precipitaba el corrental. Era mi río. Por allí había yo pasado con Yucundo paleando con toda el alma, bañados en espuma encrespada de ilusión. Ese era mi río. Desde el fondo de sus peñas escondidas me había hablado. Desde sus playas había yo corrido echando bala por todo el palmar. Al amparo de sus barrancos había sentido el paso del armadillo. O había seguido la trilla del jaguar...(Morales, 1994, p. 149).

La construcción de la hidroeléctrica vendría acompañada de la construcción de la carretera que comunica Venustiano Carranza con Tuxtla Gutiérrez; ello restó exclusividad al papel caciquil que administraba el movimiento comercial. El cacique dejaba de ser, ante el aislamiento regional, el intermediario obligado (Aguilar, 1986).

En la actualidad, sin duda permanece latente en el imaginario colectivo la alargada historia de injusticia y explotación del que la comunidad ha sido objeto; las confrontaciones con las figuras institucionales y caciquiles han obligado al poblador a dilucidar su propia historia, que no deja de sumar hechos.

A pesar de ello el tema de la posesión de la tierra comunal es un tema, si no acabado, al menos relegado por considerarse afianzado; ello en la medida que el comunero en Carranza tiene derecho legítimo a su tierra. En la década de los 90 comenzaron a surgir enfrentamientos entre grupos de comuneros por el control político de la organización; lo que llevó a la entidad, a entrar en un periodo de lucha interna por motivos político-electorales (Viqueira, 2009), lo que terminó por minar aún más las condiciones para un desarrollo comercial.

Las confrontaciones no han dejado de estar presentes a través de los cambios globales que impactan a las regiones campesinas en todo el mundo. De esa manera con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), se alinea al campesinado mexicano en una dinámica estresante que vino a acrecentar las gravísimas condiciones de pobreza que la entidad manifiesta en las últimas décadas.

En 1994 estalla el movimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), movimiento con tintes históricos muy cercanos, pero al cual la comunidad de Venustiano Carranza no se incorpora oficialmente.

Ese levantamiento armado, puede ser entendido como la culminación de un fenómeno que venía manifestándose en numerosas sublevaciones indígenas sucedidas tiempo antes, cuyo

desenlace no era más que la represión a causa de las condiciones sociopolíticas de su tiempo. En términos biopsicosociales el levantamiento armado del EZLN fue la manifestación mórbida de una realidad nacional agonizante, que ante la distancia de un territorio cercano para su explotación, pero lejano para su inclusión, manifiesta una formación insurrecta en términos políticos y mórbidos en términos médicos. Fueron fuerzas humanas contenidas por siglos en un malestar⁹⁰ que encontró una vía de escape en la insurrección bélica, tal y como la historia demuestra que se abren paso buena parte de los conflictos socioculturales y como la misma nación se libró del régimen colonial español. La gran diferencia entre el movimiento del EZLN y el movimiento comunero de Carranza, es que mientras el primero tiene como principal ideal la reivindicación indígena, el movimiento comunero tiene más tintes económicos que étnicos; aunque finalmente no es posible afirmar que no haya ninguna traza de reivindicación en la manera en que han defendido históricamente su tierra.

La recuperación de la tierra comunal, el abandono de ésta por parte de los caciques y particulares que la poseían como propiedad privada, terminó por alinear a la población de la cabecera municipal⁹¹, –y al resto del municipio en consecuencia– en una dinámica en que defender una causa indígena no traía grandes dividendos; no así defender una postura campesina, a través de lo cual se exigía un lugar legítimo en la dinámica político-económica Estatal y Nacional.

En 1996 en enfrentamientos derivados de manifestaciones por el precio del maíz, mueren tres personas; lo que consolida la transformación de la causa agraria en agrícola que hasta la fecha está presente como veremos más adelante. Ante la disponibilidad de maíz importado a bajo precio, el Estado, desdeñando la verdadera dimensión del comercio del grano para el campesino de esta región, castiga al productor bajando el precio al que compra el grano (Ita, 1997).

La misma actitud tomada en la lucha por la defensa a la posesión de la tierra comunal, fue trasladada al terreno comercial en el tema de la venta del maíz; grano que la gran mayoría de agricultores siembra en la localidad. Ello muestra la dimensión global que golpea la realidad local, lo que a su vez se manifiesta en la cotidianidad.

⁹⁰ No deberemos olvidar lo propuesto por Freud sobre El malestar en la cultura, que vive en el sujeto y que amenaza la estabilidad que la cultura logra como cohesión mediante la idealización.

⁹¹ Población mayoritariamente indígena pero también con un buen número de familias que a pesar de ser ladinos viven ofreciendo su trabajo campesino mientras experimentan una extrema pobreza.

En la introducción general de este trabajo hemos planteado la realidad actual frente a los movimientos del grupo de comuneros. Sus acciones, ya conocidas han cobrado verdadera fama estatal. El comunero de Venustiano Carranza es conocido por su decisión y valentía.

Esas acciones son observadas con extrañeza por los habitantes cuya actividad laboral no se vincula al trabajo agrario; en algunas ocasiones esa extrañeza se percibe en los mismos miembros de la agrupación comunera que inconformes con el actuar grupal, deben unirse a éste para no hacerse acreedor a sanciones por su ausencia, la cual es interpretada como falta de apoyo a la organización –cuya estructura de fondo es institucional–.

Nuestra estancia en la entidad ha permitido observar de cerca la tensión en las dinámicas humanas y las afectaciones en la vida político-económica; nuestro diario de campo registra como en el mes de junio de 2013 las actividades en la cabecera municipal se conflictuaron ante la demanda de la Organización Campesina Emiliano Zapata (OCEZ) de desalojar de las tierras comunales –que ésta administra– a un grupo de familias que habían incurrido en prácticas no autorizadas por la agrupación. El conflicto entre grupos comuneros se tensionó y ante la quema de los domicilios –de los cuales uno puede apreciarse en la fotografía 3– de quienes se negaban a desalojar intervino la autoridad municipal.



Fotografía 3. Vivienda incendiada para desalojar a sus habitantes, durante los disturbios del mes de junio de 2013.

Los accesos a la población fueron bloqueados por el grupo dominante. Ello generó la respuesta de una fuerza conjunta de policía estatal, y federal que expectante permanecía a las

afueras de la ciudad. Durante un enfrentamiento que impidió la entrada de la fuerza estatal a realizar detenciones se reportaron oficiales de policía muertos.

Esto llevó también a la modificación de las actividades comunes de la población campesina, con lo que las labores organizacionales impidieron la siembra y la cosecha durante este año, y las consecuentes carencias económicas de la población fuertemente dependiente de la agricultura. El bloqueo duraría siete días, siendo intermitente en algunos.

En el mes de agosto del mismo año tuvo lugar otro conflicto; el motivo esta vez fue la publicación del precio al que se compraría la tonelada de maíz por parte del Estado. Nuevamente se bloquearon las entradas, esta vez el sitio de la ciudad se extendió casi por veinte días. Los bloqueos al tránsito automovilístico de la carretera estatal incluía también el cierre de toda institución ligada a cualquier autoridad Estatal y/o particular. Se suspendió el derecho a las actividades para instituciones escolares, bancos, paraestatales, casas de empeño, presidencia municipal. Como el periodo de espera de respuesta de las autoridades se alargaba, un grupo de campesinos se dirigió a la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez para acercar sus demandas a las autoridades estatales, pero un grupo de fuerza pública estatal les impidió el paso, lo cual se observa en la fotografía 4.



Fotografía 4. Cuerpo policíaco que pretendía impedir el paso de un contingente de campesinos, de los cuales buen número provenían de Carranza, para protestar por la falta de respuesta a la petición de ajuste al precio de compra de la tonelada de maíz.

A su regreso a Venustiano Carranza la multitud enardecida por las agresiones que había recibido durante el bloqueo a su manifestación, incendió las instalaciones del destacamento de la policía estatal en el que se encontraba solo algunos elementos. Ello puede apreciarse en la fotografía 5.



Fotografía 5. Cuartel de policía sectorial (Estatal), incendiado después de enfrentamiento entre protestantes que se dirigían a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

Como resultado de esas acciones el mes de enero de 2014 la sucursal de la institución bancaria Banamex cerró sus instalaciones en la localidad; permaneciendo por el momento solo dos instituciones bancarias.

La desaparición de los 43 estudiantes de la Escuela normal Ayotzinapa desencadenó una serie de protestas sociales a nivel nacional, que tuvieron repercusión en la localidad; el 20 de Noviembre de 2014, teniendo como marco el ambiente de protesta social, que tenía lugar en el territorio nacional, se presentó una revuelta comunera que terminó con el incendio de los edificios públicos que circundan el parque central de la localidad, entre ellos la presidencia municipal, la casa de la cultura y el antiguo edificio del ayuntamiento indígena –se aprecia en las fotografías 6 –. El evento tuvo un trasfondo político, pues días antes se había presentado el asesinato de un miembro de la institución agraria y el ambiente estaba enrarecido por una latente violencia; el día de la quema de la presidencia municipal la población se encontraba expectante ante las llamas que emergían del edificio que representaba la autoridad oficial local.



Fotografía 6A, B y C. Presidencia municipal y Antiguo edificio de Ayuntamiento indígena en llamas.

En el ámbito económico local, es curioso observar que, mientras en otras poblaciones de menores dimensiones a Venustiano Carranza es posible encontrar sucursales de supermercado Bodega Aurrera o tiendas Elektra⁹², en esta localidad no las hay. Ello obedece a la negativa de la autoridad comunal a esas peticiones. Llama poderosamente la atención esa peculiaridad de la localidad, puesto que en alguna medida ello representa un tipo de aislamiento de las prácticas globalizadas, talvez no de forma definitiva ni para todos por igual, pero es sin duda un filtro que

⁹² Utilizamos estas dos marcas comerciales registradas en vista de que se trata, talvez, de las de más penetración en el ámbito económico local.

ejerce una cierta presión sobre lo que el mismo fenómeno pudiera representar en otra región. Al mismo tiempo están ausentes grupos delincuenciales organizados característicos de las grandes urbes.

En la actualidad la población cuenta con dos instituciones de salud pública, por un lado se encuentra el centro de salud, dependiente de la Secretaría de Salud, el cual ofrece únicamente los servicios de atención médica ambulatoria. Se cuenta que hace poco más de 20 años, antes de que el hospital rural Oportunidades “Venustiano Carranza” apareciese, ese centro de salud era la única entidad pública con la capacidad de atender a la población que no tuviera acceso a servicios de salud particulares. La fotografía 8 muestra las instalaciones que actualmente ocupa el centro de salud.



Fotografía 8. Centro de salud, antiguamente el único centro de atención médica público.

En la localidad se encuentran actualmente dos sucursales bancarias, comercios de abarrotes a baja escala, casas de empeño, numerosas farmacias y un mercado. Están ausentes como se ha manifestado grandes centros o cadenas comerciales, cines. Viqueira, quién ha estudiado profundamente el estado de Chiapas, afirma que Venustiano Carranza, como buena parte de las ciudades en el estado, han perdido la batalla en la tarea de imponerse como centro atractor de su población, “repetido fracaso de los distintos modelos de desarrollo que se han

intentado desde el siglo XVI” (Viqueira, 2009, p.3) El centro de la ciudad conserva la traza urbana y solo algunas construcciones conservan la arquitectura original. Éste puede observarse en la fotografía 9.



Fotografía 9. Panorámica nocturna del centro de la ciudad, al fondo en el lado izquierdo la presidencia municipal, a la derecha de ésta el parque central, detrás de éste la iglesia San Bartolomé.

2.2.2 Vivencia tradicional histórica que liga lo religioso a lo mórbido

El recorrido histórico que hemos expuesto sin lugar a dudas ha dejado huella en el pensar, sentir y vivir cotidiano de la población de la región. En este apartado mostramos de manera más precisa cómo se liga ese pasado en las expresiones tradicionales, religiosas, artísticas y socioculturales.

La vivencia del rasgo religioso en Venustiano Carranza es característica y ha evolucionado de manera singular. En otro momento hemos mencionado la presencia de la Orden Dominicana en la localidad desde el mismo tiempo en que se reorganizó a la población originaria. Esa presencia dejó una fuerte influencia católica en las prácticas tradicionales, como sucedió también en otras ciudades cercanas. Cada barrio de los que conformaron la ciudad desde sus inicios tiene denominación santoral o religiosa. De esa manera se puede identificar los barrios de Guadalupe, San Pedro, Señor del Pozo, El Carmen, el Calvario, San Sebastián, el Convento; y de formación más recientemente la Colonia San Francisco.

La festividad anual en la localidad es fuertemente vinculada con el santoral anual; siendo el Santo patrono el Señor del Pozo, su fiesta es la de mayor arraigo y dimensiones. La celebración

en honor al Señor del Pozo se divide en dos fechas importantes: el tercer viernes de cuaresma que por lo regular se fecha en el mes de abril o mayo y representa la gran celebración con una feria popular; y el festejo en agradecimiento al milagro de la peste que se celebra en la totalidad del mes de agosto.

Cuenta, quienes conocen la historia de la localidad, que el Señor del Pozo tuvo su aparición en una cañada cercana a donde hoy se encuentra el templo católico. Cuenta la leyenda que una persona indígena que recolectaba en un ojo de agua, observó una imagen. Es el mismo lugar en el que hoy se encuentra un santuario de cuya agua se nutre el Pozo del Señor del Pozo. Ambas referencias se pueden apreciar en la fotografía 10.



Fotografía 10. A y B. Santuario del Señor del Pozo, lugar donde se ubica la aparición del Santo.

Al respecto nuestro informante refiere:

Informante: Ahora por la existencia del señor del Pozo, quien sabe. Porque, porque unos dicen, que un señor, un indito de aquí se fue aquí al pozo, así le llaman no? Porqué le llaman así, porque dicen que ahí nació el Señor del Pozo, no? perfecto, entonces ese señor miró que empezó a gotear agua de un pedrón que había ahí, y con la mano o con machete quién sabe fue rascando y fue aumentando el agua fue aumentando; cuando de ahí ya vio los piecitos del Señor del Pozo, y fue escarbando más, y entre más iba escarbando más iba asomando. Entonces él temeroso talvez, vino a llamar gente y lo fueron a ayudar. Entonces ahora es una iglesita que tienen ahí, que dicen que ahí nació el Señor del Pozo, ahí apareció.

Ahora otros dicen que no, que en 1934, cuando el presidente de la República era Porfirio Díaz hubo una quema de santos, como yo ya había nacido, tengo 83 años, entonces venían los rebeldes quemando los santos y algunos devotos lo sacaron y lo fueron a esconder allí, no?

Inv: Para evitar que lo..

Informante: Que lo quemaran, pero para mí no es nada cierto eso, porqué, porqué ahí está el lienzo ese que está desde mil ochocientos y fracción.

Inv: cuando esta guerra cristera que le llamaban

Informante: Entonces eso es lo que no paso en mí, que si lo paso que el indito haya escarbado, haya encontrado y haya llevado gente, y que si, y por eso le llaman el pozo. Y su nombre legítimo es Manuel del Pozo,

Inv: ¿El del santo?

Informante: El santo; Manuel del Pozo, nomás ya estamos acostumbrados aquí El Señor del Pozo. Eso es lo que puedo decir, me contaron no conocí (Santiago Villafuerte, 2013).

El tercer viernes de cuaresma se programan grupos de familias de la ciudad para organizar y financiar el festejo consistente en mañanitas con marimba, entrada de flores, misas, rosarios, y quema de juegos pirotécnicos; todo ello cada día del novenario. El día viernes de cuaresma resulta difícil identificar una persona en la localidad que no haya suspendido o postergado sus actividades cotidianas para unirse al festejo. Se trata de casi tres días enteros de festejo: una variada gastronomía tradicional, música y alcohol; en esa actitud festiva se puede identificar tanto a la población ladina como a la indígena. Al respecto tenemos el testimonio de un cronista de la ciudad en materia histórico-religiosa:

Inv.: Hay alguna forma de pensar si el Señor del Pozo es más venerado por la población indígena o por la población no indígena; hay más apego de una de estas poblaciones o igual.

Informante: Pues no, no. En estos casos hacen caso omiso los que seas. Se unen y al terminar todo esto se desunen de nuevo, 'cadiquién jala por su rumbo.

Inv.: ¿Es decir que esa diferencia se borra mientras se adora al..., pero luego vuelve?

Informante : Si mientras, si, si. Por ejemplo ahorita está la fiesta de San Bartolomé no?. ya no iba a haber fiesta de San Bartolomé, y que ya no porque la comunidad dicen que de un momento a otro se les pone tapar los caminos. Y hasta ahorita dicen, yo no lo he visto, que no, no, no han levantado los plantones que tienen, tienen plantones en todo el rededor de la ciudad, no sé decir la verdad, pero ahí está la fiesta ahorita ya, y no hay nada. (Santiago, 2013).

Ese festejo hasta hace algunas décadas se constituía en romería, lo que reunía a un número significativo de personas que se trasladaban de sus comunidades como Coita, Comitán o Tuxtla Gutiérrez hasta Venustiano Carranza. Esa tradición ha ido gradualmente perdiendo intensidad por las facilidades de transportación actuales, las que posibilitan el traslado, visita al Santo y retorno a la ciudad de origen en un mismo día.

Mientras que el festejo del mes de agosto tiene un antecedente mórbido simbólico; se cuenta que en a principios del siglo XX una peste azotó a la población, se cuenta que las personas morían en grandes cantidades, no daba tiempo de realizar rituales fúnebres por el número tan elevado de muertos. Un día decidieron sacar al Señor del Pozo en procesión por la ciudad y como resultado de ello la mortandad de la epidemia cesó. Por ello cada mañana del mes de agosto se ofrecen mañanitas al Señor del Pozo en agradecimiento. Al respecto refiere un informante:

Inv: Entonces me estaba diciendo, alguien dio la opción de sacar al Señor del Pozo en procesión en la calle

Informante: entonces sacan al Señor del Pozo; dan la vuelta hasta allá por la esquina del Banco, y lo regresan, antes de llegar a la esquina del mercado dicen que una casa que hay allí, ahí estaba hospedado un capitán, no y no era religioso el capitán, decía que caso le van a hacer a ese pedazo de palo, que si esto o lo otro. La gente le contestó que son cosas de Dios. Ahora me dijeron que entrando aquí en las gradas, aquí empieza con su calenturita el capitán, y que calenturita y que se le va subiendo y que cuando viene a ser el medio día ya gritaba: saquen al señor del Pozo, saquen al Señor del Pozo, entonces... se murió el capitán. Y con la opción que tuvieron de sacar al señor en la calle se levantó la peste, terminó la peste; entonces en agradecimiento a su bondad del Señor del Pozo optaron por pasarle flores todo el mes de agosto, a eso se debe la entrada de flores aquí.

Inv: Le pasan flores como un agradecimiento.

Informante: Como agradecimiento que sí levantó la peste... (Santiago, 2013).

Con ello encontramos que los datos históricos respecto de las grandes epidemias no han pasado desapercibidos en el imaginario social y cultural. Es a través de éstos como han pasado a formar parte de las festividades religiosas anuales. La fiesta del Señor del Pozo, que tiene lugar en el mes de agosto de cada año, es una celebración vinculada con la presencia del Cólera. Es una manifestación que se sirve de dos elementos psicosociales fuertemente influyentes en las prácticas locales de la gran mayoría de los grupos sociales, y también de este: la festividad— incluida en ella la música— y la religión. Estos elementos favorecen la tesis de una probable identificación en esta región de una reactividad mórbida grupal; muestra que este grupo social, como cualquier otro, recibió, posee y transmite dichos contenidos biopsicosociales de manera constante. Todo ello sin lugar a dudas pone en circulación significantes relacionados con la enfermedad y la muerte, huella histórica presente cíclicamente en cada celebración anual, y que en cada ciclo que vuelve a aparecer revive la huella mnémica respecto de la extinción de la existencia. Si tomamos en cuenta que las huellas mnémicas son propiedades estructurantes de

toda sociedad, lo son pues a su vez pasan a incorporarse a las prácticas extensivas de las sociedades: las instituciones.

Por otro lado en la localidad ha tenido lugar una importante producción tanto musical como en la invención y construcción de variantes del instrumento que caracteriza la localidad: la marimba. Los compositores de canciones que se ejecutan con el instrumento son numerosos, y la población se siente orgullosa de ello. Se conoce que en esta ciudad fue inventada tanto la marimba de doble tecladura, como la marimba requinta (Montiel, 1985; Robledo, 2007). Además numerosos compositores han construido una obra originaria de melodías ejecutables con el instrumento.

Como se ha mencionado durante las mañanas del mes de agosto, se toca mañanitas al Señor del Pozo, –como se aprecia en la fotografía 11– esos días a tempranas horas se puede escuchar el instrumento durante más de una hora, ejecutando algunas melodías en ritmos que evocan alegría, pero principalmente canciones que evocan lamento y añoranza. Ello no debería extrañar pues “los quichés llamaban *gog* al instrumento primitivo que puede ser antecedente de la marimba y esas tres letras significan hacer llorar. En efecto, es una cualidad de la marimba hacer llorar de tristeza y a veces de alegría”(Robledo, 2007, p. 149). Hechos como éstos dejan ver un canal expresivo comunitario y a su vez identitario de la localidad; mientras este grupo social debe, como todos los grupos sociales, enfrentarse a la inminente muerte de cada uno de sus miembros, también grupalmente tiene lugar prácticas que permiten el lamento y la expresión del sentir grupal.



Fotografía 11. La marimba Reina Totic tocando una tarde de agosto de 2013.

Esas manifestaciones socioculturales cada año en que aparece el instrumento para conducir la expresión del sentir del poblador, no solo en la reproducción de un sentir melodioso transformado en canción, sino en la creación de nuevos patrones. En entrevista con informantes damos cuenta de ello:

Informante: si, si, estaba diciendo por ejemplo que donde más se identifica la marimba con la religión es en la feria del Señor del Pozo

Inv: Ah, o.k. En la feria del Señor del Pozo

Informante: porque por ejemplo en el primer día, el comité lo integran como unas cuarenta gentes, entonces ya se hacen los gastos, por ejemplo flores, cuetes, marimba, cuarenta mil pesos por decir algo, bueno nos toca de a mil pesos cada uno son cuarenta gentes no?

Inv: Si

Informante: Y sí se gastan, porque vienen que los cuetes, toritos, morteros; es fuerte la cantidad. Que vamos a pagar la marimba de las ocho de la noche a las doce de la noche, pero a veces se echan sus otras, que hay veces que a las dos de la mañana, cuatro de la mañana amanece la marimba ahí, con algunos que les toca ahí. Ahora el mero día que es el jueves por la noche; el jueves en la noche hay un grupo de personas que organizan la velación. Cuál es, en qué consiste la velación ahí: en pagar marimba, cuetes y una entrada de flores en la madrugada, si alcanza pa' mariachis también. Pero está pagada la marimba de las ocho de la noche a las cuatro o tres de la mañana. De ahí viene el que le toca el día ya. Hay veces que se juntan dos o tres marimbas ahí en el atrio; a veces van a decir haber denme chance de tocar, si a mí también me están pagando, y ahí se van turnando. Pero si hay dos, tres marimbas ahí y es de todas las noches. El último día el viernes es toda la noche y todo el día está ahí la marimba, ahí se identifica más la marimba

Inv: A usted le gusta la marimba don José

Informante: ah, si! (José, 2013).

El sentir popular en la región queda expuesto a través de la expresión musical; esta gran carga afectiva vertida sobre una expresión artística, ha permitido el gran florecimiento del que es posible atestiguar no solo en la popularidad del género musical, sino como la historia, en este caso artística lo muestra, de constructores, compositores, intérpretes de la musicalidad marimbística en la localidad. El mismo desarrollo sociocultural, con diversas manifestaciones tradicionales que se vinculan a la presencia artística, ha hecho que hoy en día sea posible identificar el arte, el fervor religioso y la celebración imbricados en una peculiar manera de vivir la cotidianidad cíclica regida por la calendarización festiva religiosa.

Es precisamente la naturalización del ciclo festivo religioso, el que nos permite observar que buena parte de los componentes afectivos de los pobladores se sirven de la vivencia de ese festejo para, rutinaria o repetitivamente⁹³ conducir de diversos modos posibles la tensión biopsicosocial que se acumula durante buena parte del año.

Talvez la principal vía de expresión en ese orden es la satisfacción vivencial lúdica que tiene lugar en el festejo, los días en que se celebra al santo Señor del Pozo se vuelven una especie de bacanales, puesto que las mismas familias se organizan para facilitar la fluidez de los elementos que intervienen en la celebración; durante la novena⁹⁴ hay disponibilidad de alimentos, bebidas alcohólicas y música, pero sobre todo una disponibilidad para participar en la gran fiesta en honor al patrón del pueblo. Resulta posible observar, escuchar y vivir durante esos días el gran honor que representa participar en el festejo a la figura religiosa que representa la salvación del pueblo ante la amenaza de la peste⁹⁵; se trata en otras palabras de la remembranza –volver a vivir– de una gran batalla en que el pueblo se enfrentó a fuerzas agresoras externas en un orden representativo malévolo-mórbido y, por efecto de la enorme fe que representó su unión, el santo

⁹³ Evocamos estos dos términos para ejemplificar el modelo de expresividad sublimatorio de la energía pulsional conflictual que se acumula en el sujeto que se desenvuelve en medio de grandes conflictos de orden social que a su vez repercuten en la situaciones de sus propias instancias psíquicas y con ello en su situación mórbida. Rutinización es un término acuñado por Giddens (2011) que se refiere a “el carácter habitual, y que se da por supuesto, del grueso de las actividades de una vida social cotidiana; la prevalencia de estilos y formas familiares de conducta que sustentan un sentimiento de seguridad ontológica y que reciben sustento de este” (p.398). El término repetición hace referencia al concepto freudiano Compulsión a la repetición en el que con cada actuar repetitivo se satisface parcial e inconscientemente el deseo pulsional que subyace al actuar consciente.

⁹⁴ Los nueve días que dura el festejo del santo culminando con el “mero día”, el cual hay dos o tres bailes públicos masivos en los que toda buena parte del pueblo festeja.

⁹⁵ Es frecuente que ante el desconocimiento del término médico correcto para referirse al agente microbiano responsable de las epidemias, se utilice este término que remite a una dimensión religiosa punitiva.

les concedió la victoria. Festejar, en esos términos significa agradecer a la entidad superior y reafirmar el compromiso de mantener la unión de un pueblo que ha salido adelante ante fuerzas que, aunque no conoce o alcanza a comprender, son susceptibles de ser vencidas, la muerte pues, está rodeada de un simbolismo peculiar en este grupo social. Durante esos días es posible observar en general en el hospital, pero en particular en los pasillos del área de consulta externa solo a una mínima cantidad⁹⁶ de personas esperando a ser atendidos por el personal médico, quién expresa humorísticamente que “esos días la gente no se enferma”, esas expresiones nos llevan a identificar que más bien en esos días, se acepta la muerte con resignación, para volver nuevamente a luchar contra ella cuando la fiesta ha terminado.

Una persona conocida por nosotros que se dedica profesionalmente a la ejecución de la marimba en un conjunto local, expresaba que durante esos días de fiesta al Señor del Pozo tienen poco tiempo para descansar, puesto que son contratados para participar en las velaciones festivas que se realizan cada día de la novena; pero también en domicilios particulares para amenizar festejos que ahí tienen lugar. En general esos días se caracterizan por ser días de mucho movimiento en la localidad, puesto que la feria se realiza en las principales calles de la ciudad, desde el parque central hasta el templo del Señor del Pozo que se ubica en el barrio del mismo nombre; las personas ordinariamente se refieren a esos días como “alegres” en los que la ciudad se viste de gala.

El festejo religioso del patrón de Venustiano Carranza representa entonces un motivo para festejar una victoria sobre la muerte injusta, en ese festejo se da rienda suelta a la alimentación tradicional y a la bebida, las cuales en términos mórbidos podrían conducir a un tipo de muerte sacra, en la medida en que no se transgrede ninguna ley jurídica o moral; sino que se ejerce una vida rutinaria o repetitiva. Con ello identificamos uno factor favorable de los elementos que participa estadísticamente en la predisposición del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, el sobrepeso y la obesidad.

2.2.3 *Ser hombre y ser mujer, su vínculo con la institución y la lucha*

Mientras que, por un lado es posible identificar vínculos de gran fortaleza entre el grupo social con sus entidades sacras, de ese vínculo histórico con la institución religiosa se deriva una

⁹⁶ Cuando en situaciones ordinarias ajenas al periodo de festejo resulta difícil desplazarse por los pasillos para acceder a los consultorios por la gran cantidad de personas esperando a ser atendidas.

tradición conductual de género⁹⁷; tal es el caso de la imposición de las decisiones de los miembros del género masculino en las instituciones familiares, además de una fuertemente generalizada práctica de alcoholismo, vinculada con ambientes intrafamiliares disfuncionales y escasez económica⁹⁸. Se trata de prácticas tradicionalistas históricamente arraigadas que la manifestación grupal mantiene y en esa medida legítima.

Esta cualidad grupal obedece de alguna manera con la historia de la localidad, tiene a su vez una función en el panorama activo actual; también encontramos que su presencia y funcionalidad son factores que participan en el proceso de construcción del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, por ello, aunque parezca obvio o desvinculado, decidimos exponerlo de la siguiente manera.

A pesar de que se trata de un fenómeno muy común en buena parte del territorio nacional e internacional, tiene también efectos en la localidad; no dudamos, entre otras razones, que por ello programas gubernamentales como Oportunidades no dudan en organizar entre sus normas de operación con descargo de responsabilidad en la figura masculina e incremento en la figura femenina, para lo que a la identificación de jefes de familia se refiere. Ello es observable en el hecho de que las prestaciones económicas del Programa Oportunidades se entregan a la mujer. A su vez las contraprestaciones, es decir las acciones a las que el oportunohabiente se compromete al recibir el recurso económico, muestran desinterés del varón, quién se ausenta de actividades familiares en las que es convocado con la totalidad de su familia. Es decir, el hombre frecuentemente está ausente de la consulta médica, los controles preventivos familiares, de las juntas grupales, de los talleres de capacitación para la salud, etcétera.

Informante: ...finalmente la gente, los padres de familia son los que casi nunca están, se encuentran trabajando, no.

⁹⁷ Utilizamos este término para aludir a las diferencias entre el actuar del hombre y de la mujer en la localidad y el vínculo entre éstos con la actitud grupal.

⁹⁸ Nuestra práctica psicológica clínica pudo atestiguar desde la pasividad del consultorio en que atendimos por años a las personas; por un lado aproximadamente el 85% de las personas que se agendaban para ser atendidos por el servicio de psicología (a nuestro cargo) eran mujeres mientras que el restante eran hombres. Por otro lado fue una constante escuchar que las mujeres vivían relaciones conyugales marcadas fuertemente por la imposición de las decisiones del varón mientras que la mujer era subordinada a seguir no solo la voluntad del varón, sino también una especie de imperativo sociocultural que influenciaba a las madres de las mujeres que iniciaban una vida conyugal independiente, por lo que ante la inconformidad de las mujeres jóvenes con la vida violenta e impuesta que vivían, recibían la sugerencia materna de aceptar con resignación el papel que les había tocado vivir. Ello fue (de manera general) lo que tuvimos oportunidad de escuchar en nuestro trabajo psicoterapéutico con mujeres adultas; mientras que en nuestro trabajo con los grupos de jóvenes se presentó la oportunidad de escuchar la preocupación de personas jóvenes del género femenino por la realidad que vivían las mujeres y la posibilidad de entrar a esa vida.

Inv: ¿Durante las acciones de promoción?

Informante: si, durante las acciones de promoción, entonces en los hombres finalmente tiene muy poca capacitación u orientación, porque son grupos que realmente se nos dificulta, este... hacer que vengan ellos

Inv: A ellos, a la población masculina llega poco la promoción

(Promotor de Acción Comunitaria: Julio, 2013)

La presencia de ese desequilibrio en la interacción entre hombres y mujeres respecto de la institución biomédica, tiene efectos en la información acerca de la salud dirigida a la población en general; de manera indirecta afecta también a las mujeres, quienes se ven cohercionadas para evitar actividades desaprobadas por el varón, a pesar de que éstas estén orientadas a informar o a ejercer hábitos de vida saludable, a los que las mujeres se muestran dispuestas a participar, pero ante la prohibición masculina declinan ejercerlas:

Inv: Es como promover la salud a través de ejercicio

Informante: Exactamente, y más que nada promover la actividad física dentro de su vida cotidiana, que la incorporen. Porque es algo que ellos no, por manera de pensar muchos me dicen que no les gusta salir a caminar o hacer ejercicio que porque rápido piensan mal de ellos. No quieren porque dicen que los hombres piensan que a lo mejor andan buscando que se quieren poner en línea porque andan buscando otro hombre (Trabajadora Social, Lic. Mercedes, 2013).

Las particularidades de esta población permanecen en buena medida inmóviles desde hace décadas. Durante nuestra estancia en la localidad tuvimos oportunidad de asistir a festejos familiares en los que los invitados pasan a una sección del lugar en que se desarrolla el evento. Siendo posible estar en uno de dos lugares diferentes, en una sección en la que se encuentran la totalidad de hombres o en la que se encuentran la totalidad de mujeres. El único contacto que hay entre hombres y mujeres es cuando las mujeres anfitrionas verifican que en la sección de hombres no haga falta nada o para trasladar los antojitos o bebidas. En ese tipo de festejo las mujeres bailan entre ellas mismas, mientras los hombres beben alcohol en una interacción insistente para que todos beban a un ritmo acelerado. Resulta poco común observar a hombres adultos bailar con mujeres. Tuvimos oportunidad de estar presentes en la crónica de grandes festejos de ese tipo, en éstas se escucha recordar con singular alegría a las mujeres sobre la posibilidad que tienen de expresarse con libertad “entre ellas mismas” sobre experiencias que refieren injusticia hacia el género femenino, pero que se viven subordinadamente como si fueran situaciones irremediables y

se manifiestan con hilaridad o hasta con ironía; todo ello acontece durante el festejo mientras los hombres se ocupan de lo suyo.

Respecto de este tema, mientras tuvimos oportunidad de laborar en el hospital de la localidad, fuimos testigos de la presencia de esa actitud y de su capacidad reproductiva que alcanza a trasladarse de una generación a otra en una misma familia o en un nivel comunitario más amplio. Nos fue posible discutir en grupos de jóvenes, tanto mujeres como hombres, acerca de las diversas injusticias que la mujer vive en la actualidad local; se llegaba a mencionar que ese trato injusto alcanzaba en muchos casos a definir el futuro de los jóvenes. Es común escuchar entre los jóvenes que las familias permiten o apoyan a sus hijos varones en proyectos como el acceso a estudios universitarios; mientras que en el caso de la mujer esa posibilidad es escasa y aunque la mujer –madre– apoya ese proyecto su decisión no es suficiente para la ejecución del plan.

También en nuestros antecedentes laborales, fue tema recurrente en las acaloradas discusiones temáticas con los diversos grupos de jóvenes, la lejanía comunicacional y en especial afectiva de los padres con sus hijas e hijos, En el caso de la madre, regularmente establece comunicación con sus hijas e hijos –al menos en lo que al plano de la atención de necesidades básicas como alimentación, salud y necesidades escolares se refiere– lo cual se dificulta por las diversas actividades que realiza en un día ordinario; en el caso del padre prácticas como la comunicación son relegadas a la mujer⁹⁹, incluso cuando la comunicación está presente entre padre e hijas o hijos no llega a alcanzar el nivel de intercambio recíproco afectivo.

Sin lugar a dudas la vivencia de esa realidad en Venustiano Carranza, crea un ambiente sociocultural propicio para óptimo rendimiento durante la participación de los varones en actividades político-institucionales como el comunerismo, tan marcado en la localidad; mientras la mujer se ocupa de las labores domésticas o administrativas de la “salud de la familia”. A pesar de los esfuerzos de las instituciones en general y de salud en particular, por promover la influencia de la toma de decisiones femenina en las familias, es el varón quien impone su decisión finalmente. Ello permite que los programas gubernamentales colaboren al sustento económico de las familias, mientras que la decisión final sobre el actuar familiar sea acorde al

⁹⁹ Salvo por la comunicación en la que el varón pretende transmitir a su hijo la habilidad propia de un oficio, ello es muy común con la agricultura, la cual es enseñada de padres a hijos.

ideal político institucional comunero. Esa es una realidad que no es posible generalizar, pero que es muy común observar.

Recientemente se ha observado, que los grupos de personas que participan en las actividades del movimiento comunero son principalmente hombres jóvenes; lo cual nos lleva pensar que ellos son a quienes se les ha heredado el ideal institucional, el bagaje histórico que éste conlleva y la misión práctica de ejecutarla. Con ello se atestigua una fluida reproducción de los ideales institucionales locales, incluido en éstos la práctica machista.

Por otro lado también es posible observar el efecto de fenómenos como este en la cotidianidad de la comunidad. Lo que aquí se expone en términos tradicionales, será más adelante complementado en términos clínico-hospitalarios; en la localidad hay un alto índice de muertes autoinflingidas mientras la persona se encuentra bajo efectos de alcohol. Durante nuestra consulta psicoterapéutica escuchamos en más de una ocasión como relato de mujeres, la experiencia de viudez a consecuencia de la práctica ecuestre tradicional de la localidad a la que se denomina Carrerantes. La tradición consiste en que un grupo de hombres ataviados a la usanza tradicional, monta a caballo y hace suertes osadas que consisten en hacer correr al animal a gran velocidad, para hacerlo detenerse en una corta distancia rayando las patas traseras en el suelo. Este ejercicio tradicional es una práctica fuertemente investida por el peso de la historia indígena; la organización y práctica de esos juegos corre a cargo de la comunidad indígena. Es sabido que durante mucho tiempo los jinetes bebían grandes cantidades de alcohol antes de realizar la suerte a caballo, lo cual ocasionaba la pérdida de control motriz fino necesario para librar íntegramente la suerte; lo que ocasionaba constantes caídas y muerte de los jinetes, los cuales dejaban desprotegida a la familia que de ellos dependía.

La vivencia del actuar propio del hombre en la localidad, es útil entonces, para entender la rudeza e insensibilidad que caracteriza a la institución comunera. El varón y su actitud masculina dominante reciben en ese orden una legitimación simbólica en la medida en que durante la conquista violenta de los ideales son necesarios elementos fuertes, resistentes, invencibles; cualidades estas que se atribuyen al hombre y a la masculinidad.

Segato (2003) afirma que el género ha sido asociado históricamente con las expectativas funcionales del individuo; de tal forma que a la feminidad se asocian términos como “conquistado”, “dominado”, “sometido”; mientras que para el caso de la masculinidad se asocian por el contrario la ejecución de los actos que subordinan la feminidad.

Ello recibe reafirmación en la revisión histórica, puesto que la historia de la población está fraguada por manos masculinas, cuyos nombres propios también masculinos, sustentan el argumento de que es el varón quién debe ejecutar la lucha, y que su decisión es prioritaria por sobre otras secundarias como aquellas que atiende la mujer. En ese sentido el hombre y su masculinidad se yerguen como institución en sí mismos –como elemento tradicional legítimamente autoritario al interior de la institución familiar–, puesto que su sola condición anatómica lo autoriza a decidir; en la obligatoriedad de ese imperativo sociocultural investido por la institucionalidad, la decisión masculina se vuelve un acto reflejo que lo obliga a actuar en apego al ideal institucional histórico, alejándolo incuestionablemente de la posibilidad de reconocer sus necesidades existenciales humanas –proceso básico para la objetivación del individuo como sujeto, y con ello acercarse a la posibilidad de intervenir en sus procesos biopsicosociales mórbidos funcionales–.

Por su parte la mujer queda relegada a las labores ejecutorias dentro de la familia, dentro de las cuales la expresividad efectiva, respecto de su papel en el sistema familiar, está restringida.

Todos estos elementos configuran un modelo de formación mórbida sintomática; es decir predisponen a una conjunción de elementos insatisfactorios que se acumulan de manera individual de diferente manera. Es posible afirmar que buena parte de los varones en la localidad, así como de mujeres, experimentan insatisfacción en su tránsito por la cadena institucional que obliga al individuo a actuar en apego a sus tradiciones más que en apego a sus propias necesidades, en pocas palabras el sujeto debe reprimir sus propias mociones pulsionales; ello puede dar paso al inicio de procesos mórbidos psíquicos como el “retorno de lo reprimido”, quedando con ello abierta la puerta para la atribución constructiva de rutas mórbidas que expresen esa insatisfacción en lo biológico.

2.3 Nuestra historia profesional en la región¹⁰⁰.

Daremos paso a un relato de vivencias y observaciones personales, las cuales tuvieron lugar durante nuestro viaje con destino al hospital en que laboramos, durante nuestras jornadas laborales y durante lapsos de tiempo libre que dedicábamos a satisfacer la curiosidad personal, que hoy se ha vuelto profesional. Esos hechos contextualizarán la discusión teórica que más adelante se ofrece.

Todo trámite laboral respecto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Chiapas se realiza en la ciudad de Tapachula, ya que las oficinas delegacionales se encuentran en esa ciudad; el Programa IMSS-Oportunidades, al cual pertenece el hospital “Venustiano Carranza”, forma parte del Sistema Nacional de Salud pero no es descentralizado ya que su dirección proviene del Gobierno Federal, con la particularidad de que su operatividad, en lo que se refiere a salud, es coordinada por el IMSS. Una vez concretada nuestra contratación como psicólogo en el Programa IMSS-Oportunidades¹⁰¹, nos informaron que nuestro centro de trabajo era el hospital “Venustiano Carranza”; para llegar a éste nos fue indicado trasladarnos inicialmente a la ciudad de San Cristóbal de las Casas¹⁰², lugar donde se encuentra la oficina de coordinación de la región Altos¹⁰³ –a la cual pertenece los hospitales San Felipe Ecatepec¹⁰⁴ y Venustiano Carranza–, ahí debíamos entregar un documento para enterarlos de nuestra contratación; de esas oficinas podrían –con algo de suerte– ejecutar nuestro traslado al centro laboral.

¹⁰⁰ El presente subtítulo –y su correspondiente contenido– se encuentra presente en este capítulo en la medida en que consideramos que, es precisamente en el esfuerzo de contextualizar la región, donde mayormente es útil. Su presencia podría considerarse irrelevante o incluso disruptiva del sentido estricto de la metodología etnográfica, no planteada formalmente en este trabajo, al menos explícitamente. Sin embargo, como lo expondremos más adelante, en el capítulo III, basándonos en la postura interdisciplinaria, encontramos enriquecedor servirnos de los beneficios de una herramienta, como la observación etnográfica, a pesar de que dicho método no sea parte central de nuestro planteamiento metodológico. Estamos convencidos de que la transgresión que pudiera encontrarse con su presencia, no es tan grave, comparada con el beneficio que nuestro trabajo recibe al incluirla.

¹⁰¹ En el mes de octubre de 2005

¹⁰² Tiempo después pudimos entender que la indicación de pasar a las oficinas en San Cristóbal de las Casas obedecían más que nada a que la ubicación de Venustiano Carranza es difícil de referir o explicar desde Tapachula, puesto que se trata de una zona poco transitada debido a que es económica y turísticamente poco productiva, por lo que es más práctico enviar al personal que desconoce su ubicación a San Cristóbal y de ahí recibir indicaciones más específicas para llegar a Carranza, o en una oportunidad, ser trasladado en un vehículo oficial, que aunque poco probable es también una opción.

¹⁰³ El Programa IMSS-Oportunidades en Chiapas se conforma de cinco regiones las cuales son Altos, Fronteriza, Soconusco, Selva y Centro.

¹⁰⁴ Ubicado en la ciudad de San Cristóbal de las Casas.

A nuestra llegada a la ciudad de San Cristóbal de las Casas nos fue posible de inmediato percibir el ambiente multiétnico que tiene lugar en la ciudad, la cual a pesar de mostrar una vida urbana también deja ver la presencia, integrada en diferentes grados, de habitantes de las comunidades étnicas originarias, así como de extranjeros; solo en algunos casos la indumentaria étnica característica está presente.

Después de haber entregado la documentación indicada en la oficina correspondiente nos dispusimos a trasladarnos por nuestros propios medios a la ciudad de Venustiano Carranza; para hacerlo debíamos primero ir a la ciudad de Comitán¹⁰⁵, de donde es posible tomar transporte público con destino a Tuxtla Gutiérrez pero que en cuyo punto intermedio se encuentra Carranza. Una vez en Comitán nos indicaron que el transporte que nos trasladaría consistía en vehículos de pequeñas dimensiones –alrededor de 15 pasajeros–, pues la línea de autobuses más conocida en Chiapas –Cristóbal Colón– no recorre esa ruta¹⁰⁶.

Una vez que abordamos el vehículo de autotransporte regional Cuxtepeques comenzamos el recorrido, el cual fue del todo normal los primeros 20 minutos; se trataba de una carretera que sigue la orografía serrana todo el tiempo en descenso y con grandes precipicios y acantilados como paisaje a nuestro costado derecho, en ese punto es posible –desde la altura de una curva que permite la visión de la extensa zona baja– visualizar a lo lejos una muy amplia mancha brillante de agua, que posteriormente nos enteraríamos se trata del vaso de la hidroeléctrica “Belisario Domínguez”, lo cual puede apreciarse en la fotografía 12.

¹⁰⁵ que se encuentra a 120 kilómetros y más o menos a hora y media por carretera

¹⁰⁶ Ello daba cuenta del poco flujo de viajeros por la región.



Fotografía 12. A lo lejos entre el cielo azul nublado y el color verde oscuro de la vegetación, una delgada franja que se extiende de lado a lado de la fotografía, se encuentra el vaso de la presa la Angustura.

Todo ello hasta llegar a un punto en que comienza el recorrido en una superficie casi plana. De inmediato se percibe el paisaje agronómico regional en el cual se recorren muchos kilómetros de una carretera en muy mal estado, con grandes y numerosos agujeros; el paisaje



Fotografía 13. Fragmento de carretera dentro de la zona cañera cercana a la localidad de Pujiltic, perteneciente al Municipio de Venustiano Carranza.

consistente en plantíos de caña de azúcar, con parcelas en diferentes grados de crecimiento a ambos lados del camino, como se aprecia en la fotografía 13.

Con frecuencia encontrábamos vehículos pesados cargados de caña de azúcar quemada y cortada. Era peculiar observar como la mayoría de la carga en esos vehículos viajaba fuera del contenedor del transporte, solo sostenida por cadenas y encontrándose por encima de la carga contenida en el vehículo abierto éste de la parte superior y por la parte trasera; en su gran mayoría vehículos que se movían con lentitud por ser bastante antiguos así como por su excesiva carga. El

vehículo en el que viajábamos se desplazaba a gran velocidad aunque la carretera no era apta para ello, a pesar de eso nunca observamos ningún tipo de señalamiento preventivo o informativo, o la presencia de autoridad regulatoria de tránsito que interviniera al respecto.

La temperatura asciende rápidamente al alcanzar esa altitud por lo que un calor poco intenso en el mes de octubre se muestra con particularidad. La carretera y las particularidades mencionadas son solo una muestra inicial del panorama arquitectónico regional, la mayoría de poblados por los que el transporte transitaba eran pequeñas poblaciones de condiciones rurales con accesos de terracería, y cuya impresión era la de, al igual que la carretera, de abandono pues tanto en la carretera como en las calles de los poblados se observaba residuos de caña de azúcar además de otros desechos.

Después de más o menos una hora de cañales llegamos a una población cuyas dimensiones hicieron pensar que habíamos llegado a nuestro destino, pero el conductor del vehículo nos indicó que se trataba de una ciudad de nombre Pujiltic y hacía falta algunos minutos aún para llegar a la Clínica de Venustiano Carranza –nombre con el que la mayoría conoce el hospital–. En esta ciudad se observa al fondo un complejo industrial que sobresale por su altura, del cual se distinguen grandes tubos humeantes, se trataba del Ingenio azucarero Pujiltic, ello se aprecia en la fotografía 14.



Fotografía 14. Ingenio Pujiltic, al fondo nave industrial donde se ubica el complejo.

Alrededor de cinco minutos después volvimos a tomar el camino para continuar algunos minutos con el mismo panorama agrícola azucarero cada vez menos marcado, y después de transitar por del puente del río Blanco, observamos un cambio en el paisaje. La caña de azúcar

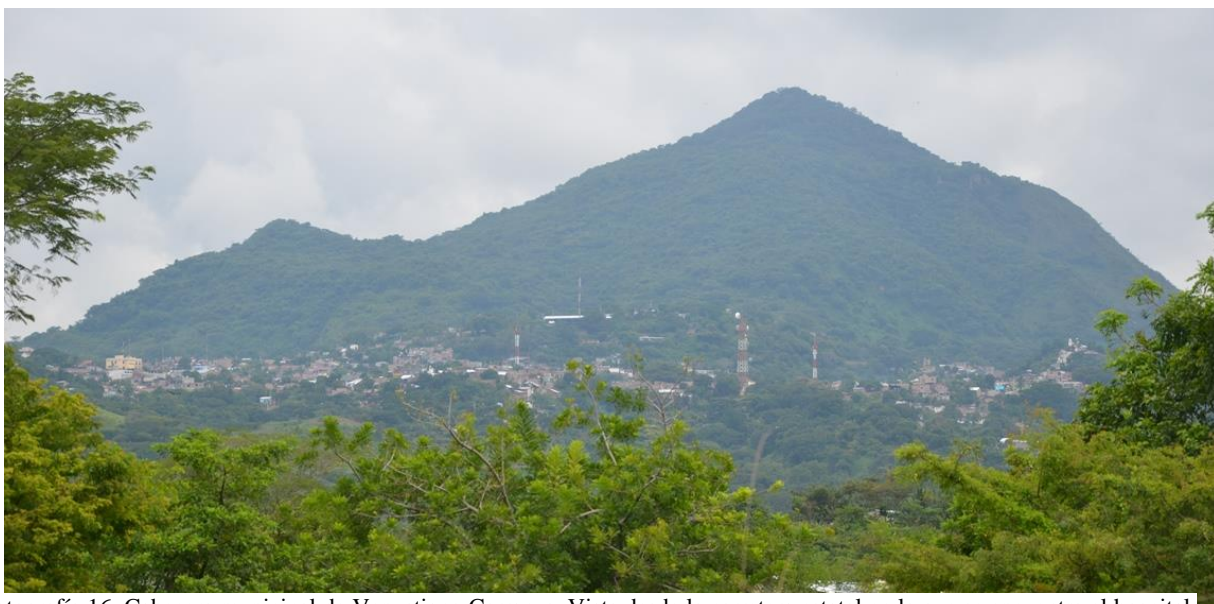


Fotografía 15. Hospital Rural "Venustiano Carranza" vista desde la carretera Tuxtla Gutiérrez-Comitán.

dejó de ser lo común y los árboles, matorrales, pastizales y sembradíos de maíz fueron tomando su lugar. Siguiendo esa vía y después de entre 15 y 20 minutos de una carretera en las mismas condiciones, llegamos a una intersección en la que se encuentra la Clínica de campo. Desde el lugar en que se desciende del transporte público se aprecia el hospital "Venustiano Carranza", como es posible apreciar en la fotografía 15.

Este lugar que se encuentra en la planicie del valle, es decir en la parte más baja de la región; desde ésta puede observarse hacia el sur la pared montañosa detrás de la cual se encuentra el vaso de la hidroeléctrica. En dirección oeste la carretera estatal continúa con destino a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. En dirección al noreste la carretera continúa rumbo a la concentración urbana, en todo ese trayecto se encuentra asentamientos que forman parte ya de la cabecera municipal. Hace falta entre 10 o 15 minutos en ascenso para llegar a ese poblado, el cual se observa con gran claridad desde la parada de transporte; ello puede apreciarse en la fotografía 16.

Sin embargo como nuestro destino era el hospital, de inmediato nos trasladamos hacia éste buscando las oficinas administrativas para dar cuenta de nuestra llegada. El acceso conduce por sus instalaciones y señalamientos al área de atención clínica de consulta externa, contigua a la cual se encuentra las oficinas. Una vez ahí nos entrevistamos con el Dr. Cabarcas, director del



Fotografía 16. Cabecera municipal de Venustiano Carranza. Vista desde la carretera estatal en la que se encuentra el hospital. En el extremo izquierdo edificio amarillo que sobresale: la presidencia municipal.

hospital, quien nos recibió formalmente y nos dio un panorama general de la institución; era la primera vez que en sus 15 años de creación –del hospital–, que se contaba con un psicólogo en la plantilla profesional. Como parte de esa charla nos informaron que teníamos la opción de tomar una plaza en las residencias médicas; ello fue posible puesto que los residentes de las especialidades médicas llamadas troncales¹⁰⁷ llevaban algunos periodos¹⁰⁸ sin ser asignados a Carranza.

Con el tiempo fuimos interactuando con el personal permanente del hospital, de quienes nos enteramos que algunos meses antes había habido un enfrentamiento entre fuerzas policiales estatales y campesinos de la localidad a los que comúnmente se les denomina *comuneros*; ese enfrentamiento era relatado como un episodio de gran incertidumbre y violencia en el que las autoridades utilizaron –entre otros–, vehículos aéreos –helicópteros–, y un gran número de

¹⁰⁷ Pediatría, medicina interna, anestesiología, cirugía general, ginecología

¹⁰⁸ Los médicos residentes cubren en estos hospitales estancias de servicio social durante su último año de residencia de formación en grandes hospitales urbanos, el periodo de esa estancia dura seis meses y por lo general tiene lugar en hospitales que se ubican en poblaciones pequeñas como Venustiano Carranza

elementos policíacos para retirar un bloqueo que se encontraba sobre la carretera. Ese operativo policíaco había dejado como resultado detenciones masivas; ese evento local ocasionó que los médicos troncales que se encontraban en servicio renunciaran a su servicio social y a los que les tocaba presentarse en los siguientes periodos se negaran a llegar.

Con el paso del tiempo tuvimos oportunidad de ir conociendo al personal de todos los turnos, pasantes y residentes. Algunos originarios de la localidad y otros que cumplían con periodos de pasantía o residencia procedentes de otras ciudades, incluso algunos de otros países estudiantes en instituciones mexicanas. Tuvimos oportunidad por algunos meses de compartir durante la tarde los espacios de convivencia informal como instalaciones deportivas y comedores, y por la mañana e incluso por la misma tarde los recorridos formales¹⁰⁹ por el hospital atendiendo a los pacientes hospitalizados.

Nuestra experiencia clínica, antes de Venustiano Carranza, había sido casi en su totalidad en ambientes ambulatorios –en las ciudades de Puebla y Tlaxcala–, y la oportunidad de contrastar e interactuar con un ambiente hospitalario nos ofreció las observaciones y experiencias que hoy fundamentan esta propuesta. Un primer fenómeno que llamó fuertemente nuestra atención fue el elevado número de casos¹¹⁰ de personas que ingresaban por haber bebido agroquímicos –principalmente herbicidas–; sustancia común en una población cuya labor es mayoritariamente agrícola. Algunas coincidencias que llamaban la atención de inmediato era que casi en su totalidad eran hombres en una adultez temprana, bebían la sustancia estando en estado de ebriedad y presentaban en su historia clínica algún tipo de conflicto psicosocial. Esos eran casos cuya evolución involucraba un enorme sufrimiento puesto que la ingesta de esas sustancias genera una disfunción lenta de los órganos por los que transita, ocasionando grandes dolores y sufrimiento en general; el cual se extiende interpersonalmente alcanzando a los familiares. La inminente muerte del individuo en esas circunstancias ofrece un desalentador panorama en la intelección de conceptos como el de salud. En más de una ocasión tuvimos la oportunidad de acompañar al médico encargado de notificar a los familiares del letal pronóstico de su paciente –su familiar recién ingresado–, lo cual nos permitió vivenciar el gran impacto de la pérdida de un elemento familiar en esas singulares condiciones. Además tuvimos en múltiples ocasiones la tarea de facilitar psicoterapéuticamente en esos pacientes el tránsito terminal al que su vivencia

¹⁰⁹ En el hospital se realiza diariamente un recorrido que se denomina pase de visita, que consiste en que el equipo médico, es decir la totalidad del personal médico y paramédico estudia cama por cama cada paciente.

¹¹⁰ El número llegaba a ser de dos a cinco casos por mes.

los enfrentaba; ese trabajo se dificultaba en gran medida porque los agroquímicos son sustancias creadas especialmente para matar¹¹¹, por ende extremadamente dañinas para cualquier tipo de contacto con el cuerpo humano, principalmente con la cavidad bucal y el tracto gastrointestinal. Todo ello si tomamos en cuenta que la psicoterapia se sirve principalmente de la expresión oral, podría pensarse que la labor era imposible frente a pacientes con la mucosa bucal seriamente lesionada y con episodios de vómito constantes; sin embargo nuestra labor fue siempre útil y bien recibida.

2.3.1 Nuestra labor en el Hospital Rural “Venustiano Carranza”.

Durante esos años, quien esto escribe formó parte del equipo de salud que se integra por personal médico y paramédico¹¹², que realizaba funciones en la sección denominada “consulta externa” que ofrece servicios de consultoría médica ambulatoria, en un horario matutino establecido de lunes a viernes. El área de consulta externa puede apreciarse en la fotografía 17.



Fotografía 17. Área de Consulta externa, lugar donde se ubican los consultorios y sala de espera de pacientes.

¹¹¹ En el capítulo anterior hemos podido discutir la capacidad dañina de esos productos para la animal y vegetal y en especial para la vida humana.

¹¹² En el hospital rural “Venustiano Carranza” el equipo de salud se forma por médicos especialistas –internista, pediatra, cirujano, ginecólogo, anesthesiólogo–, médicos generales, enfermeras, odontólogo, psicólogo, nutriólogo, trabajadora social.

En otro contexto de la disciplina psicológica nuestras funciones se orientaban al ámbito educativo como facilitador grupal del servicio denominado Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), cuyo objetivo era sensibilizar y capacitar a los adolescentes sobre temas comprendidos en las esferas: salud reproductiva, sexualidad humana y desarrollo humano¹¹³. En la fotografía 18 se aprecian actividades grupales con un grupo de adolescentes.



Fotografía 18. Encuentro juvenil regional realizado en Chiapilla. En que participó el grupo de adolescentes de Venustiano Carranza.

Al mismo tiempo se atendía los requerimientos de la sección alterna de hospital, en la cual se ofrece el servicio de internamiento hospitalario ininterrumpido lo que es denominado –en el argot biomédico– atención de segundo nivel.

Ese segundo nivel de atención médica ofrece a quienes no pertenecemos a la profesión médica un panorama diferente de lo que comúnmente se concibe como paciente, ya que ofrece la posibilidad de observar controladamente la evolución biológica y con ello las manifestaciones psicosociales que a ésta acompañan. El internamiento hospitalario, para el caso de personas con

¹¹³ El servicio CARA atiende a grupos de entre 5 y 15 adolescentes, a razón de una o dos sesiones grupales semanales, las cuales tenían una duración promedio de 90 minutos. La función del psicólogo en ese servicio ha sido de coordinación de las actividades, así como la participación como facilitador de los temas programados o de aquellos temas que no podía impartir el personal médico por ausencias accidentales.

padecimientos crónicos la mayoría de las veces tiene lugar en franca inconformidad del paciente, pero siempre en pro de su salud; al menos en lo que concierne a la opinión médica. En la fotografía 19 puede apreciarse una persona en situación de hospitalización acompañada por un familiar.



Fotografía 19. Paciente hospitalizada por descompensación diabética.

Tenemos entonces que la observación del individuo enfermo en condiciones hospitalarias ofrece ya un rompimiento epistemológico a lo que el trabajo clínico ambulatorio ofrece, pues muestra una faceta desconocida de la persona, ya que la hospitalización rompe algunas de las barreras interpersonales que ofrece la confianza del círculo cotidiano comunitario y/o familiar.

El resto de las funciones específicas que ahí desempeñamos y que interesan a este estudio, y de las cuales hemos hecho mención líneas arriba, fueron la atención de la agenda programada de pacientes para orientación psicológica, consejería y psicoterapia.

A pesar de que esos hechos provocaban en nosotros un impacto súbito, nuestra experiencia con las personas que presentaban padecimientos crónicos como la hipertensión arterial y particularmente la diabetes, terminaron por ofrecer elementos estructurales de mayor amplitud para comprender la vida, la muerte y la fenomenología mórbida en esta región.

Fue en esos días que surgió la idea de encontrar un planteamiento conceptual, que contemplara lo que parecía un trabajo cotidiano en una institución médica, a la vez de todos aquellos detalles que observábamos importantes y que parecían quedar fuera del dispositivo

médico¹¹⁴. La idea del concepto psicosocial empleado por la literatura médica parecía mostrar cada vez con más claridad que en el internamiento hospitalario se actúa sistemáticamente casi a la perfección sobre la vida biológica, sin que ello alcance a rescatar o dilucidar los elementos psicológicos y socio-antropológicos del individuo; los cuales están presentes antes de su ingreso y tienen una continuidad después de éste. Las siguientes observaciones dan cuenta de ello:

Las personas hospitalizadas por padecimientos crónicos tienen la particularidad de permanecer por periodos de tiempo prolongados; lo cual no es una regla pero por lo general así lo exige la temporalidad en busca de la regularización de los desajustes que llevan a solicitar atención médica por padecimientos crónicos. Poder observar a un sujeto por un tiempo prolongado en una situación crítica –extraordinaria– sin sus estrategias conductuales rutinarias permite el acceso a fragmentos de una realidad humana con muy pocos esquemas formales; el hecho de que la persona se encuentre en un lugar identificado como sitio común de sufrimiento e incluso muerte –la cama de un hospital–, subvierte la caracterización que el individuo construye común y/o automáticamente y en el que él mismo interactúa con cierta comodidad. La hospitalización es de por sí un tema de gran seducción para los teóricos de las ciencias humanas y sociales; la crudeza y frialdad con que la práctica médica ahí se desenvuelve, ha sido un tema ideal para desplegar los argumentos críticos con la bandera humanista como emblema. Por lo que a nosotros respecta tratamos de transitar por entre esas críticas y acercarnos a la experiencia vivida, a los procesos que son parte del individuo pero de los que él mismo no es consciente, a aquello que lo hace humanamente único; aunque biológicamente haya en él procesos muy similares respecto de otros individuos en la región o el mundo. Precisamente la metodología biomédica renuncia al conocimiento proveniente de esas dimensiones por la falta de cuadratura técnica peculiar en los cuadros diagnósticos médicos.

En más de una ocasión nuestro trabajo nos llevó a observar un enorme sufrimiento individual¹¹⁵ que parecía mostrar como aparente causa la situación mórbida biológica ahí presente. Pero que de fondo conducía, en el desglose psicoterapéutico y en una suerte de despojo de ropajes formales a una dimensión en algún sentido íntima. Esa dimensión fuertemente ligada a la realidad social inmediata, también se observaba única en su configuración arquitectural

¹¹⁴ Llamamos de esta manera a los elementos que permiten o hacen posible que la acción médica sea posible, es decir, un individuo que demanda servicios médicos, las condiciones físicas y humanas para ello, es decir una clínica, personal médico, medicamentos, etc.

¹¹⁵ Dolor, incertidumbre, preocupación, ansiedad, inquietud

respecto de otros individuos que presentaban el mismo padecimiento. Es precisamente a lo que sucede en esa dimensión, de la que el registro biológico es solo un reducido fragmento que se observa desorganizado ante la mirada organizadora médica, a la que llamamos la dimensión psicosocial¹¹⁶.

Fuimos construyéndola gradualmente con residuos que guardábamos de la labor diaria, un lugar especial tuvieron las mañanas en que llegábamos anticipadamente a la sala de día¹¹⁷ mientras la mayoría del personal –que minutos después conformaría el pase de visita–, se encontraba terminando de desayunar, ahí pudimos observar la naturalidad despreocupada en el andar e interactuar de los pacientes por los pasillos y espacios del hospital. Para minutos después, durante el pase de visita, –es decir entre formalidades, batas blancas, comentarios en lenguaje técnico– encontrarlos acostados actuando de manera distinta como resultado de la manipulación comportamental de la que eran objeto por parte del personal de enfermería¹¹⁸, para facilitar la labor médica. Es ahí donde conocimos lo que en el lenguaje informal de los médicos se denomina el “signo de la playa”, que es cuando se encuentra el paciente recostado con las manos detrás de la cabeza y sobre la almohada observando lo que sucede a su alrededor incluso a los médicos del pase de visita, el signo de la playa entonces indicaba antes que cualquier otro documento u opinión oficial, que el paciente estaba en franca mejoría. A pesar de ello no todos aquellos que estaban mejor mostraban el signo.

A los ojos de una visión científica lo primero que salta a la vista ante observaciones como éstas es la de una suerte de ceguera metodológica, de paradigma científico insuficiente; a pesar de ello no todo era una cuestión metodológica de las ciencias médicas, respecto de la realidad humana en las personas. Durante esas mañanas de recorrido, el personal médico que se encuentra “entregando la guardia” –es decir a cargo de los pacientes desde la mañana del día anterior– entrega cada paciente presentando la evolución del proceso patológico por el cual tiene lugar la hospitalización. Dicha presentación comprende el análisis diferencial y evolutivo de la enfermedad durante las últimas 24 horas; ese análisis comprende además los datos previos –o históricos– comprendidos en el expediente clínico del paciente. Siempre resultó inquietante lo observado respecto del valor atribuido a ese documento, en buena medida por el valor jurídico

¹¹⁶ Concepto también ya analizado en el capítulo 1

¹¹⁷ Espacio en el hospital en el que se encuentran los equipos para registro de notas médicas, formatos, algunos libros y donde el personal médico exclusivamente discute la situación de los pacientes de manera directa.

¹¹⁸ Los pacientes eran conducidos por las mismas enfermeras como parte de un protocolo matutino a sus camas en las que el cuerpo médico debía, para ahorrar tiempo, hallar al paciente en su cama, limpio.

latente de los datos ahí contenidos, ya que lo que es una insignificante anotación médica en un tiempo, puede pasar a ser evidencia o herramienta legal en otro tiempo; lo que está en juego ahí es el sometimiento a cuestionamientos con valor jurídico del actuar médico profesional. Es por ello que el expediente clínico es tratado con singular respeto; lo cual se traduce en cierta distancia entre la vivencia del paciente y el registro en el expediente clínico¹¹⁹; muchas de las observaciones médicas verbalizadas en el recorrido presencial no son ahí registradas por no considerarse estrictamente necesarias. Lo que es conocido como criterio médico personal, es decir la opinión que singulariza a un médico de otro, sucumbe en el ejercicio regulatorio latente del documento clínico médico. Ese tipo de análisis retroactivo con valor jurídico basado en los expedientes clínicos personales se han puesto de moda últimamente en el ámbito hospitalario por el alto índice de muertes maternas¹²⁰, en los cuales un comité institucional rastrea los procedimientos que pudieron haber llevado a la omisión o iatrogenia en los procedimientos estandarizados de atención fincando como consecuencias responsabilidades.

Tenemos así que lo que podría dar cuenta de las extrañas vicisitudes de la manifestación mórbida en las personas de este grupo social, están ahí presente como una realidad metaforizada dispuesta a aportar –como todo elemento figurado– los elementos para su desciframiento; pero los procedimientos protocolarios técnicos hacen de ella una realidad escurridiza, por un lado. Por otro, las presiones institucionales obligan al practicante médico a apearse lo más posible a los procedimientos estandarizados informales, que lo hacen sentir tranquilo, protegido y en paz.

En lo que respecta a nuestra experiencia frente a los jóvenes que conformaban los grupos educativos del CARA, nos dieron la oportunidad de introducirnos a la dimensión en que se

¹¹⁹ En ocasiones surge la idea de que el médico teniendo al paciente frente a sí, no requiere de él para hacer su trabajo; ya que con frecuencia recurre más a las cifras registradas en los diferentes conteos automatizados –presión sanguínea, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, gasto urinario, estudios de laboratorio, radiografías, reportes de ultrasonografía, etcétera), que a la materialidad del individuo enfermo presente frente a él o a su testimonio. No pocas veces observamos que el grupo de médicos al terminar de recibir un paciente y pasar a recibir al que se encuentra en otra cama, llega a ésta y con cierta amabilidad saluda a la persona que ahí se encuentra en calidad de enfermo por lo que pareciera que su estatus en la relación persona-persona desciende hasta el grado de llegar a ser jefe-subordinado o médico-paciente, puesto que se llega a observar que el individuo en calidad de enfermo pierde terreno frente a su capacidad de opinar o expresarse tomando un segundo término al diálogo observado entre el personal médico; la subjetividad involucrada en ese fenómeno no es exclusiva de quien padece una enfermedad, sino es trasladada hasta los familiares que se encuentran, por lo regular, presentes pues en ellos también se observa una actitud de expectativa y evidente pasividad, si la voz del paciente tiene poco valor en ese instante lo tiene en menor medida el del familiar que lo acompaña.

¹²⁰ Se denomina muerte materna a la defunción de la madre en estado de gestación, es decir durante su embarazo, parto o puerperio –periodo posterior al parto–.

desenvuelve una persona en esta región; la juventud bien vale mencionarlo, es la etapa más trascendental para el resto de la vida –es decir para la vida adulta –. Nunca pudimos evitar contrastar lo que observábamos, escuchábamos y sentíamos en el trabajo con los jóvenes¹²¹; frente a lo que en un mismo periodo de tiempo percibíamos en el trabajo con los pacientes crónicos, que principalmente son adultos y adultos mayores. De esa manera encontramos en más de una ocasión un traslape de las preocupaciones del adolescente, que se observaba socialmente obligado a tomar decisiones respecto de su vida; mientras por otro lado observábamos al adulto que presentaba una enfermedad crónica, quién a su vez mostraba en un plano subvertido las consecuencias del curso de una vida humanamente imperfecta algunos años después. Nunca pudimos evitar frente a esas observaciones como el fenómeno Diabetes Mellitus es una manifestación humana que se presenta cada vez en personas de menor edad, con lo cual parece que la brecha generacional y con ello el tiempo en que se presenta el fenómeno se acorta.

El encuentro intergeneracional tuvo lugar no solo respecto del CARA y el hospital, sino también en la consulta clínica programada. En ocasiones la libreta de citas de pacientes al servicio de psicología tenía programada la atención de un adulto mayor que era derivado de la consulta de medicina interna –médico que atiende a los pacientes diabéticos en descontrol–, para después registrar a un adolescente; de esa forma tuvimos comúnmente la oportunidad de escuchar la problemática que aquejaba la vida de un adulto y después la problemática que aquejaba un adolescente. Más aún ocasiones tuvimos la oportunidad de tener en consulta a una familia para atención de problemas conductuales infantiles, posteriormente a un adolescente, y finalmente a un adulto; con lo que teníamos la oportunidad de efectuar la escucha de un panorama amplio en materia de discursos intergeneracionales o de diferentes grupos etarios.

En otras ocasiones tuvimos la oportunidad de atender en la consulta ambulatoria a pacientes que habíamos atendido en crisis de descontrol diabético en hospital y posterior a su alta hospitalaria continuábamos su tratamiento de manera ambulatoria.

¹²¹ La juventud en el ámbito rural se vive con grandes disyuntivas, pues mientras los medios masivos de comunicación tienen la capacidad de llegar al más alejado de los hogares rurales, la realidad de los padres frente de los jóvenes en los poblados como Venustiano Carranza es hasta ahora represiva. Se conjugan diversos elementos que llevan a los padres de los jóvenes a utilizar la prohibición y el castigo físico como principal herramienta en la educación informal, lo cual lleva al joven –adulto en potencia o en etapa previa– a organizar su vida de tal manera que vivencial o substitutivamente experimenten lo que el imperativo social promueve. Eso en términos biopsicosociales se traduce en embarazos adolescentes, incursión temprana en consumo de alcohol o de drogas ilícitas, deserción escolar, matrimonio juvenil, etcétera. Siendo estos detonadores tempranos de conflicto biopsicosocial, que no es manifiesto en el cuerpo biológico durante la adolescencia debido a la plasticidad presente en la biología del ser humano en la juventud.

2.3.1.a El testimonio profesional, la práctica clínica y la teoría.

Ante esta realidad consideramos importante no dejar pasar la oportunidad de mencionar que las incógnitas que motivaron la presente investigación surgieron de nuestro trabajo clínico. Ello nos lleva irremediablemente considerar aquí la discusión que ha tenido lugar desde hace un tiempo considerable, entre quienes hacen trabajo teórico crítico respecto de quienes realizan y argumentan en base al trabajo clínico. Los primeros argumentan que el trabajo clínico implica la dimensión de la relación médico-paciente, la cual a su vez remite a una dimensión de desigualdad de poder y explotación (van Dijk, 1999); ese vínculo funciona la mayoría de las veces para desalentar los análisis teóricos que buscan obtener elementos para un análisis de otro orden, es decir para pretender encontrar además de lo que esos vínculos efectivamente permiten observar respecto del poder, y encontrar elementos que permitan dilucidar el proceso de conformación de un proceso mórbido –el cual sucede de forma paralela y de alguna manera aislada al vínculo anteriormente mencionado, el poder–. El abordaje que otros teóricos, principalmente provenientes de la antropología médica, han encontrado en el trabajo clínico una rica veta a través de la cual introducirse a la dimensión de la vida-enfermedad-muerte humana. Para ejemplificar esa discusión recurrimos al antropólogo médico Byron Good (2003) quién afirma:

Antropólogos de todos los credos teóricos trabajan en el ámbito clínico y participan en la adopción de medidas que afectan a la salud pública, además de trabajar en la investigación básica. El argumento de que los enfoques ‘clínicos’ están en contradicción con las perspectivas ‘críticas’ erosiona la labor de confrontar las limitaciones de nuestros paradigmas de investigación y no tiene en cuenta las contradicciones propias de todo compromiso práctico. Es un argumento que, en mi opinión, debería ser firmemente rechazado (p. 123).

Estamos seguros de que lo más importante en esta discusión es que ejercer ese tipo de juicios sobre la práctica clínica es, primero reducirla, y luego a invalidarla; sin que ello colabore en nada al esfuerzo interdisciplinario. Al tiempo que se da la espalda a un conjunto de hechos cuya riqueza es de gran utilidad teniendo siempre en cuenta los fenómenos humanos que en ese ámbito acontecen. Debemos dejar en claro que el esfuerzo constructivo debe tener como finalidad la creación de modelos de intelección diversos y en ese afán deberá integrar toda visión útil con miras a lograr su objetivo. Por lo que encontramos aquí útiles tanto algunas posturas y conceptualizaciones de la teoría crítica, como de los enfoques que se basan en el trabajo clínico cotidiano. Esta postura debe ser cuidadosa, así como evitar perderse en la dimensión clínica que históricamente ha sido una herramienta ampliamente utilizada por la biomedicina; sin embargo

como ha quedado claro la atención en el ámbito clínico no es exclusiva de la biomedicina y otras disciplinas pueden servirse de ésta para identificar dimensiones desdeñadas por los protocolos. Tenemos así que un buen número de antropólogos médicos la ejercen además de innumerable número de psicólogos clínicos, nutriólogos, etc.

Ante una discusión de estas características no podemos dejar pasar la postura de Zizek (2013) al respecto; para este filósofo “la clínica está por todos lados, uno puede pasar por alto el proceso y concentrarse en cambio en sus efectos, en la forma en que la clínica tiñe todo lo que aparece como no-clínico –tal es la verdadera prueba del lugar central que ocupa–” (p. 15). Desdeñar, minimizar o evadir tomar en cuenta la práctica clínica entonces es renunciar en alguna medida a la voz del sujeto que vive el fenómeno mórbido cotidianamente y cuya experiencia individual la hace única, además de imperceptible en la mayoría de sus aspectos por la generalización de la teoría. Esta visión entonces, nos aproxima a una dimensión en la que el discurso oral es la materia prima, esencial en la construcción teórica del porqué de la *Diabetes Mellitus* en nuestra región, en ese contexto las observaciones y dentro de éstas las clínicas son una herramienta que sirve para moldear la materia prima, teniendo como consecuencia la respuesta que buscamos y que solo, como hemos mencionado, en voz de sus actores podrá ser encontrada.

Es claro que en ese esfuerzo deben hacerse ajustes que consigan abrir las puertas que tradicionalmente sirvieron de obstáculo a la libre discusión entre disciplinas si no opuestas al menos poco amigables; tal es el caso de la práctica médica en su dimensión clínica, pues como sabemos “el lenguaje de la medicina clínica es un lenguaje sumamente técnico de las biociencias”(Good, 2003, p. 32), lo cual –tal vez en menor medida– puede encontrarse en las diferentes disciplinas que aquí convergen. Sería necesario para librar ese obstáculo traducir además del lenguaje, la dimensión paralela que lo genera.

2.4 La región insumisa como precedente mórbido psicosocial¹²² de Diabetes Mellitus

El presente subtítulo tiene dos funciones generales principales, el primero es el de analizar integral y estructuralmente los elementos hasta ahora presentados y el segundo es concluir la

¹²² El siguiente subtítulo integra lo expuesto en los primeros tres subtítulos respecto a la historia interdisciplinaria de la región con el concepto psicosocial; por lo que si se busca conocer el concepto en su totalidad deberá consultarse previamente estas secciones 1.3 y 1.6.

exposición y análisis del concepto psicosocial, todo ello basándonos en los contenidos que en este capítulo se agregan; todo ello en la medida en que se trata de una investigación perteneciente a la línea de los estudios regionales, procederemos a integrar el componente regional presentado previamente a los componentes teórico-conceptuales expuestos en el capítulo anterior.

En Venustiano Carranza el valor que la tierra representa para sus habitantes es de una gran magnitud, como lo muestra los antecedentes históricos; principalmente las repercusiones que la gran extensión de éstos ha tenido en los últimos setenta y cinco años¹²³. Esos hechos históricos han estado marcados primero por la consolidación de sectores poblacionales en instituciones formales civiles, y segundo por la confrontación de las instituciones civiles con las oficiales o gubernamentales, entre las cuales se encontraban diversas figuras caciquiles; éstas con el tiempo se han insertado en las instituciones político-gubernamentales de los diversos órdenes de gobierno.

Observaremos la manera en que el fenómeno social ha pasado de tener implicaciones locales a nacionales en lo que, solo inicialmente, fue la búsqueda de la posesión de la tierra comunal en la entidad.

En consecuencia en esta entidad, la importancia del valor de la tierra va más allá de su costo económico; con lo cual ha tenido lugar una transformación en la manera de percibir y vincularse del carrancista con sus semejantes, así como con las entidades institucionales públicas y privadas.

2.4.1 Región insumisa

Se trata de nuestra construcción conceptual, que organiza los principales antecedentes y la realidad actual de este grupo social; ésta resulta necesaria para explicar la manera en que esos antecedentes y realidades se cohesionan en la cabecera municipal de Venustiano Carranza¹²⁴. El último momento de ese proceso, además de ser el más trascendente para nosotros, es que todo ello favorece estructuralmente la manifestación biopsicosocial de fenómenos mórbidos como el denominado *Diabetes Mellitus*.

¹²³ Para acceder a los detalles interdisciplinarios sobre la región y en ese periodo de tiempo puede consultarse el subtítulo 2.2. En éste se desarrollan las diversas líneas disciplinarias y su interconexión.

¹²⁴ Revisados a detalle en el subtítulo 2.1 y 2.2

No podemos iniciar sin dejar pasar la oportunidad de evidenciar el paralelismo entre lo que hemos denominado figura institucional lacandona¹²⁵, –ideal insumiso llevado al extremo–, con la insumisión que atribuimos a la figura institucional comunera de Venustiano Carranza; en el cual el individuo agregado al grupo a través del ideal institucional, y en su actuar extremo, ofrece durante la lucha en defensa de su grupo, la existencia. Ahí donde la presencia de un solo individuo no sería suficiente para defender la causa, la presencia grupal lo consigue; sin embargo la enorme fuerza –biopsicosocial– presente, que consigue la cohesión institucional, tiene otras consecuencias en el plano de la morbilidad. Hemos expuesto la manera como la institución lacandona jamás flexibilizó sus ideales para aceptar una vida de sumisión frente a las fuerzas conquistadoras españolas; para conseguirlo, la existencia biopsicosocial de cada miembro de ese grupo humano –a través de sus propias huellas mnémicas– se alineó en busca de la victoria del ideal institucional; las consecuencias sintomáticas finales se conocen y concluyeron bruscamente con la desaparición de la sangre lacandona¹²⁶. Sin lugar a dudas el tiempo en que sucedió la lucha lacandona es muy diferente al presente en el que tiene lugar la lucha carrancista, pero no debemos olvidar que se trata de la misma región geográfica, la cual comparte buena parte del bagaje histórico.

La región insumisa se compone de rasgos históricos, políticos, económicos, bélicos, religiosos, mórbidos, psicológicos, étnicos, educativos, etcétera, que atraviesan al grupo social, y en los cuales es posible observar una constante actualización; todo ello mediante la presencia y acción de sus individuos, así como de los hechos inscritos no solo en la materialidad, sino en la subjetividad de una tierra históricamente aludida.

Las mismas instituciones son parte de esa ontología psicosocial, en la medida en que el *actuar* del sujeto –orientado por sus huellas mnémicas, o propiedades estructurales sociales de profundidad–, sea rutinario o novedoso, genera a su vez las condiciones para la creación de *instituciones* –el segundo de los componentes estructurantes societarios– o de la actualización de las ya existentes, para adaptar las condiciones macrosociales a otras microsociales y de éstas a lo individual.

¹²⁵ Actuar grupal de la comunidad lacandona, dada a conocer por Jean de Vos (1996) en el que ante su negativa de someterse a la autoridad colonial, la comunidad lacandona originaria es, gradual y sistemáticamente exterminada.

¹²⁶ Esta afirmación podría conducir a confusión en la medida en que en la actualidad se ubica una etnia lacandona en la selva del mismo nombre en el noreste del estado de Chiapas. Para aclarar esa posible confusión es posible consultar la obra de Jan de Vos: *La paz de Dios y del Rey. La conquista de la selva Lacandona (1525-1821)*, publicada por el Fondo de Cultura Económica

Avanzando en el desarrollo de este análisis, y siguiendo los elementos previamente expuestos, agregamos la condición pulsional como precedente a la cualidad de insumiso del individuo; es decir el sujeto de nuestra región es un sujeto en falta¹²⁷. En esa medida es un individuo que con su actuar busca que su existencia alcance completud, para lo cual en esa búsqueda se apropia gradualmente de nuevos objetos¹²⁸. En su momento hemos expuesto que esa completud se alcanza metafóricamente en el ideal social, desplazado del seno del grupo social mediante la figura Institución a cada rincón de la misma; dicho de otra manera “el individuo busca una identidad subjetiva fuerte identificándose con objetos colectivos” (Stavrakakis, 2007, p. 70). El sujeto en falta, puesto que es sujeto del inconsciente, fantasea con devenir completo en su integración al grupo, es decir en la otredad; una vez en ésta actúa como si nada hiciera falta, como individuo pleno, legitimado y autorizado por la institucionalidad histórica de su grupo. Las condiciones en las que el grupo vive, de desinterés sociopolítico, pueden pasar a ser naturalizadas, es decir a ser vistas como normales en la medida en que se comparten y configuran una normalidad.

Para continuar introduciremos un concepto que nos será de utilidad en el proceso de acomodamiento de los elementos hasta ahora presentes. Actualmente tiene lugar en la investigación antropológica una tendencia a abandonar aquellas visiones teórico-metodológicas que pretenden imponer una “gran verdad” a todos los grupos humanos (Vásquez Zárate, 2000); con ello también ha quedado atrás la visión que promueve una cultura como paradigma para explicar el actuar del individuo en su dimensión grupal, en la medida en que se considera que todo grupo y su cultura desplaza, en tiempos variables, los componentes de esa supuesta “cultura” perfectamente delimitable e inmóvil. En lugar de ello se recurre al trabajo de campo que acerque los significados –históricos, económicos, políticos, etcétera– que cada grupo humano manifiesta en su cotidianeidad. A pesar de ello, Martínez González y Barona (2015), consideran que, aun cuando esos cambios paradigmáticos tuvieron una razón justificada en la evolución de la visión antropológica, es preciso no perder de vista los componentes que –de una u otra manera–

¹²⁷ El término falta hace referencia a la búsqueda de objetos substitutivos que metafóricamente ocupen el lugar vacío o en falta que dejó el proceso de pérdida a edad temprana (mirada del otro, seno materno, etc.) en el proceso denominado castración en vista de que dicha separación sucede primordialmente en la persona de la madre quién sustenta la vida en ese periodo vital.

¹²⁸ Para ampliar los límites de esta discusión puede consultarse el Capítulo I, subtítulo 1.4.1.1. En este contexto la búsqueda de objetos substitutivos o metafóricos parece indicar que tiene mucho que ver con la posesión de la tierra o la residencia y búsqueda de reconocimiento sociocultural de los individuos en su grupo social; y con ello en la participación en las acciones grupales.

permanecen ahí, en el seno de los grupos sociales como pieza clave de su realidad; se trata de aquello que desde una visión sociológica –desde luego en sus propios términos– se denomina principios estructurales¹²⁹ de todo grupo humano. Para discernir aún más la idea exponemos el siguiente fragmento:

Más que una uniformidad total, se plantea la existencia de una matriz de ideas compartidas, o un núcleo duro, y una serie de elementos que tienden a modificarse con mayor facilidad a través del tiempo, el espacio, los grupos y los individuos. Lejos de existir un consenso absoluto sobre las representaciones del mundo, la “cosmovisión mesoamericana” actuaría como una suerte de lenguaje interregional que, admitiendo la existencia de múltiples variantes, permite cierto grado de inteligibilidad. Dicha concepción conlleva en sí misma un enfoque metodológico particular, pues, suponiendo la existencia de elementos de durabilidad variable, es posible recurrir a la comparación entre datos de diferentes culturas antiguas y modernas ya sea para estudiar la variación y el cambio cultural o para reconstruir, de modo hipotético, aquellos sistemas simbólicos que, en su momento, fueron mal documentados, no documentados o nunca percibidos (Martínez González y Barona, 2015, p. 34).

Tenemos así que es poco útil recurrir a modelos culturales preestablecidos como Mesoamérica o la cultura Maya, para derivar de ellos una explicación del actuar de un individuo en particular o de un grupo; sin embargo algunos de los elementos que estuvieron presentes en los grupos humanos a los cuales se alude en esas grandes denominaciones culturales, tienen una presencia, que a través del tiempo permanece en los principios estructurales de determinados grupos humanos y de manera particular en sus individuos; todo ello cuando las condiciones espaciales –el espacio físico y cualquier cantidad de derivaciones simbólicas que ésta comprenda–, lo favorezcan.

A continuación, tenemos al respecto que:

Las concepciones que se forman acerca del cuerpo humano (como el cuerpo mismo) son meollos receptores, ordenadores y proyectores de las esferas físicas y sociales que las envuelven. El estudio de estas concepciones debe partir del conocimiento de las sociedades que las crean y, recíprocamente, puede dar debida cuenta del mundo natural y social en el que los creadores han vivido. La relación entre estas concepciones y la acción y el entorno humanos es tan íntima como se creyó en la antigüedad que lo era el vínculo entre el microcosmo y el macrocosmo (López Austin, 2004a, p. 7).

Ante estas ideas es posible pensar en la identificación, a través de ciertos elementos presentes en los individuos, de una especie de sentido en los antecedentes que se encuentran

¹²⁹ Concepto expuesto y analizado en el contexto de los grupos sociales, así como del proceso de su institucionalización en el capítulo I, subtítulo 1.5

presentes en el caso de nuestro grupo humano; todo ello en vista de que se trata de una región que puede perfectamente identificarse mediante esos antecedentes.

Una vez aclarada esa manera de concebir a un grupo humano como el nuestro, e identificados dichos antecedentes, encontramos lícito identificar para esta población a la tierra como objeto agrario/histórico/político/identitario/cosmovisual¹³⁰/mórbido, es decir se trata de una figura excesivamente cargada de significaciones para sus pobladores¹³¹.

Giménez (2001) alude al vínculo entre tierra e individuo sirviéndose del concepto territorio, al cual define como “el espacio apropiado y valorizado por un grupo social para asegurar su reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales, que pueden ser materiales o simbólicas”(p. 6). Si algo deja claro este autor es que los límites fronterizos entre las significaciones del espacio apropiado, en este caso el territorio, son ilimitados y multidimensionales; por ello pensar en la tierra como mero objeto físico es reducir el enorme abanico de aspectos influyentes en la existencia humana para este grupo social.

Buena parte de las cosmovisiones prehispánicas concebían la existencia humana como parte de un recorrido cíclico, que comprendía lo que hoy se entiende como la existencia humana a manera de un microcosmos, que a su vez formaba parte de un macrocosmos condenado a aparecer y reaparecer (Ruz, 2004); la muerte física tenía la finalidad de transformar la vida a través del inframundo en el que la vida, a través de las almas, permanecía como parte de un proceso interminable, en el que la tierra jugaba un papel primordial (López Austin, 2004b; V. Ruiz, 2011; Tate, 2004). Un ejemplo de ello se encuentra en los murales de Cacaxtla –fotografía 20–; el que a continuación exponemos muestra a los seres humanos emergiendo de la planta de maíz como fruto.

¹³⁰ El cual será desarrollado también en un contexto arqueológico en el siguiente subtítulo

¹³¹ Por otro lado es necesario aclarar que así como en la cabecera municipal de Venustiano Carranza buena parte de la tierra es comunal, no todos ahí pertenecen a la institución que administra las tierras comunales, por ello no todos se dedican a la agricultura directamente, aunque en buena medida la gran mayoría se beneficia del producto económico de esa actividad; todo ello genera un vínculo de dependencia con la institución o con aquellos –quienes a su vez se vinculan con ésta–que puedan ofrecer el trabajo temporal necesario para subsistir.



Fotografía 20. Mazorcas con rostros humanos. Templo Rojo Cacaxtla, Tlaxcala. Recuperada de <http://mexicocooks.typepad.com/.a/6a00d8341c571453ef01761752e922970c-800wi>

Esta imagen evoca textos vinculados de alguna manera a la cosmovisión Maya en la que se considera que “la criatura humana se ha desarrollado y engrandecido a costa del seno materno de la Tierra” (Naranjo, 2004, p. 85).

Actualmente, respecto del mismo vínculo entre la tierra y la vida humana, y a su vez también a través de la planta de maíz, es posible identificar en la obra poética contemporánea referencias al origen del hombre ligado a la tierra mediante el reino vegetal:

Mujer:

De ti ha de surgir
toda la fuerza con que hable.
Y este maíz que soy
ha de estallar en flor cuando te ame
(Santos, 2005, P. 38).

Las palabras del poeta cruzan de una dimensión a otra, de la individualidad a la otredad, del ser al hablar, de la tierra al afecto con singular belleza a pesar de su corta extensión. El poeta originario de la población Laja Tendida, Municipio de Venustiano Carranza, Chiapas, expresa con sencillez el anudamiento de los objetos que conforman su existencia, el origen y destino de ésta.

Estudios acerca de grupos humanos tsotsiles en Chiapas (Guiteras Holmes, 1986; Ruiz Ruiz, 2006) identificaron una fuerte vinculación entre la vida humana y el suelo; un trabajo etnográfico realizado en San Pedro Chenalhó permitió observar la imbricación de la cosmovisión de los tsotsiles de la localidad con la “Santa Tierra” o “Madre Tierra”, la omnipresencia de ese trascendental elemento en la cotidianidad puede observarse en lo siguiente:

Cuando se termina la construcción de una nueva casa debe sacrificarse un *jolote* (pavo) o una gallina para hacerla habitable; el caldo, “picante con chile”, se derrama alrededor de la base de los cuatro postes de las esquinas, y se avienta al techo el contenido de tres tazas para “darle de comer”. Se dicen oraciones para desviar el dañino *tsots* (poder), inherente a los nuevos productos que se han traído del monte y que se emplearon en la construcción; se le pide a la Santa Tierra el permiso para vivir en esa parte de su superficie, así como que cuide a los que allí habitarán [...] Todos los pedranos cultivan el suelo. La tierra es el más importante elemento en la cultura, y su labranza no sólo implica necesidad, sino una obligación inherente al propio significado de la condición humana. Nadie sería capaz de concebir una forma de vida en la que el cultivo de la tierra por el hombre no fuera la misma razón de su existencia, tanto como su estímulo (Guiteras Holmes, 1986, pp. 30-31,39-40)

Es posible también identificar una cierta continuidad estructural en los fundamentos de la cosmovisión maya, que pervive actualmente en la cultura de los grupos humanos, principalmente en el sur-sureste del país, con la cosmovisión judeocristiana, que fue la que se integró a las visiones y prácticas religiosas en la localidad y la región. De tal manera que aunque los diversos objetos de representación religiosa obedecen a su propia lógica sacra, es decir “aun habiendo sido tomados de la hagiografía católica, estos santos también expresan elementos de la cosmología Maya” (Fabre, 1971, Cit. en Eroza y Magaña, 2010, p. 62); al respecto se ha observado que un

objeto específico proveniente del orden ideológico religioso, puede tener además una vinculación con otro orden ideológico también religioso pero de otro orden, como ejemplo de ello encontramos el valor de la cruz, la cual es un objeto fuertemente cargado de significación religiosa católica, pero también obedece, en la lógica tsotsil a una vinculación del orden terrenal con el cielo o del tiempo con el espacio (Guiteras Holmes, 1986), todo ello es posible vincularlo con la presencia de cruces a la manera en que aparecen en comunidades indígenas en diversas localidades chiapanecas, siendo Venustiano Carranza, Chiapas un ejemplo de ello, como se observa en la fotografía 10 “A” o “B”.

Sin lugar a dudas la tradición cristiana lleva también implícita una vida cíclica, que en alguna medida se relaciona con la tierra, –en cuya lógica teológica– de la que todo ser proviene, y a la que el destino final conduce; la bibliografía sacra refiere: “Ganarás el pan con el sudor de tu frente, hasta que vuelvas a la tierra, de donde fuiste sacado. ¡porque eres polvo y al polvo volverás” (Génesis, s.f., p. 7). Más aún las festividades cristianas remarcan fuerte y cíclicamente el nacimiento, obra y muerte de aquellas figuras o personalidades sacras, alrededor de las cuales se sostiene en buena medida el actuar en tiempo presente –prueba de ello es, como hemos expuesto la festividad del Señor del Pozo –elementos que aluden a esta lógica biológico-espiritual se encuentran presentes en los testimonios que se presentan en el capítulo 5, específicamente en el de Caralampia y Manuel–.

En la misma localidad de Venustiano Carranza, frente al santuario del Señor del Pozo y al pie de un árbol al que llaman “la pochota”, puede identificarse un cartel que alude al valor de la tierra para el poblador de la localidad; ello puede apreciarse en la siguiente fotografía (21):



Fotografía 21. Letrero que se encuentra en el Santuario del Señor del Pozo.

Tenemos así que este grupo humano y sus individuos manifiestan, a través de objetos tan cotidianos como la tierra, así como en las plantas¹³² que de ésta provienen, la vitalidad presente en ellos mismos. El siguiente testimonio atestigua la presencia de un actuar cotidiano en el sentido médico que comprende la utilización de hiervas, el informante se refiere a hiervas cuyas infusiones bebe, las denomina “aguas”:

Informante: seguí con mi mismo ritmo de vida. Hasta que empecé a tener los síntomas

Inv: Cuáles fueron esos síntomas

Informante: Para mí fue la resequedad y mucha sed en la boca; mi saliva se hacía espesa. Y comencé me daba mucha sed, por lo tanto decía que por eso iba yo al baño seguido, porque tomaba mucha agua. Entonces decía no es que estoy tomando mucha agua pero me da mucha sed. Cuando me entero ya por medio del médico me dice que la sed es por la deshidratación que me causaba la diabetes, y la orina también es parte de la enfermedad, los síntomas

Inv: El ir seguido a orinar

Informante: el ir seguido y me dieron tratamiento, pastillas lo cual no funcionaron pero los tomé. Siendo honesto no lo tome como me lo prescribieron. Y como que me negaba yo a aceptar que tenía yo, que ya era diabetes; ya cuando me empezó a dar calambres (síntomas más fuertes) por las noches me comenzó a dar calambres en las pantorrillas, y más seguido ir al baño en las noches, yo no me levantaba, hasta ahorita no me levanto en las noches para ir al baño, pero en ese tiempo si empecé a ir seguido, tres, cuatro veces me levantaba yo. Y me dijo el médico que al ir al baño pierdo muchas sales, y lo cual hacía que me provocaran los calambres, entonces ahí si ya me preocupé, me comenzaron a dar tratamiento ya más estricto, empecé a hacer dieta y afortunadamente lo controlé un tiempo. Un tiempo digo porque me preocupó bastante los síntomas que estaban dando y comencé a tomar aguas, té y hiervas externas y eso hizo que bajaran mis triglicéridos, que también tengo triglicéridos altos. Que por cierto el médico dice que eso hizo que mi diabetes se disparara, porque mis triglicéridos han estado a de 500 a 700, cuando tienen un rango normal de 150; entonces se me dispara hasta 500-700 y se me desarrolla la diabetes. Cuando yo tomo las aguas de hiervas, me bajan el, y hago un poco de dieta, bajan mis triglicéridos y mi diabetes se controla o bueno eso creo. Eso creo que es por las aguas, pero de que bajan si bajan porque ya me he hecho los análisis, nada más que me descuido nuevamente y empieza la confianza de que ya estoy, no en sus valores normales pero sí bajo, porque se me había subido hasta 220-250 y en algún tiempo lo maneje de 180-190, cuando se me sube a 220 es cuando me preocupo, con tratamiento, las aguas y mi dieta logro bajarlo a 130-140. Me dicen que es normal dentro de un diabético y me confío. (Julio T., 2013).

¹³² Buena parte de los testimonios muestran en algún punto la utilización de plantas como recurso médico en el tratamiento de la vida y el restablecimiento de la salud, así como en el caso de la *Diabetes Mellitus*

Ese vínculo estrecho es un elemento trascendental en la historia actual de la localidad, y a su vez conforma las condiciones para la actitud que en una voz unívoca se transforma en la insumisión que caracteriza a la región. El testimonio permite observar a un individuo de la localidad, que ante la presencia del fenómeno *Diabetes Mellitus* recibe prescripción médica como tratamiento, pero él mismo añade a ese tratamiento farmacológico el tratamiento herbolario, al que le atribuye efectividad. Este fragmento nos permite observar la insumisión del individuo, la cual se dirige a la institución que representa la opinión del médico que diagnostica la enfermedad y prescribe su tratamiento; el sujeto responde agregando lo que él y su grupo social inmediato consideran necesario, por lo que agrega los componentes agrícolas mencionados.

El momento histórico actual permite observar la realidad insumisa de la región, dicha insumisión en algún sentido, si nos apegamos a lo expuesto por Giménez, es una respuesta a la vulnerabilidad latente de una probable pérdida de la posesión del territorio –como ha sucedido más de una vez– históricamente ligado a este grupo; no es extraño pensar que dicha vulnerabilidad –real ante la presencia en un tiempo presente de intereses político-económicos crónicamente ligados a cacicazgos– endurece la actitud grupal.

El nexo crónico y físicamente delimitado con la tierra, está presente no únicamente en la existencia psicosocial –como elemento aglutinante verificable en la vida cotidiana–, sino en otras dimensiones como a continuación veremos, las cuales convergen en la configuración presente de la existencia humana en su acepción grupal como individual en el plano mórbido.

2.4.2 *Insumisión y morbilidad psicosocial*

El individuo originario de esta localidad es un sujeto que históricamente ha sido despojado de sus tierras y sus derechos, a algunos se les ha devuelto parte de éstas y con el abandono político-económico del que ha sido objeto la región, se les ha obligado a dedicarse al trabajo autosuficiente –el cual en realidad resulta insuficiente–; todo ello ha generado, gradual y excluyentemente la ocupación como campesinos¹³³ a la gran mayoría de las familias. En términos sociopolíticos Paniagua (1983) alude a ese recorrido histórico interdisciplinario como *lucha por la existencia* en el cual, el campesino con su jornal y producción por cuenta propia no alcanza el

¹³³ La gran mayoría de la población en la localidad se dedica al trabajo campesino en el cultivo de maíz, son solo algunos los que se dedican a la crianza de ganado en vista de que las grandes extensiones, que alguna vez fueron exitosos ranchos ganaderos, fueron recuperados por el comunismo en el tiempo en que las leyes restituyeron las tierras comunales a sus propietarios originarios.

ingreso mínimo para subsistir; la tierra –de tan trascendente valor– puede llegar a ser insuficiente como elemento para vivir en su aspecto productivo y material en sentido alimentario. Todas esas prácticas, permiten observar que ha tenido lugar una transformación en la que la vida de los habitantes de la región, ha pasado a ser una fuerza de trabajo accesoria, en pocas palabras una mercancía, dicha transformación podrá pasar desapercibida por las autoridades en sus diferentes niveles, pero en los individuos que conforman ese grupo social tienen lugar diversas transformaciones que no pueden ser vistas si no se toma en cuenta el proceso:

El desarrollo “cuantitativo”, la universalización de la producción de mercancías, da origen a una nueva “cualidad”, el surgimiento de una nueva mercancía que representa la negación interna del principio universal de intercambio equivalente de mercancías. En otras palabras, *da origen a un síntoma* (Zizek, 2003, p. 49).

En la medida en que se trata de una lucha existencial, el actuar tiene consecuencias en la manifestación biopsicosocial, transformándola en una realidad sintomática.

La lucha de esta región por mantener su existencia, ha tenido lugar de manera gradual y al parecer en la actualidad se encuentra en un momento de gran fuerza. Tal es el caso, en la localidad, del ideal institucional comunero o simplemente de una especie de identidad u orgullo carrancista no vinculado al comunerismo, y que se transmite de las instituciones sociales a las familias y de éstas a los miembros que se desenvuelven al interior¹³⁴. En el proceso sintomático regional aquí aludido se encuentran presentes los principios y prácticas de la economía mundial o procesos macrosociales.

En subtítulos anteriores dimos a conocer la ausencia de comercios explícitamente vinculados a capitales transnacionales; a pesar de ello es posible identificar con sutileza la presencia de objetos que obedecen a grandes políticas económicas mundiales; Giddens (1994) confirma fenómenos como este, al afirmar que todo grupo humano por alejado que se encuentre de las grandes ciudades o por diferencias que manifieste respecto de éstas –lo cual es en parte el caso de Venustiano Carranza– deberá mostrar algún grado de influencia con los procesos de

¹³⁴ El concepto Capital social (Bourdieu, 1991a, 1991b) resultan útiles para ejemplificar la transmisión o tráfico de “instrumentos de conocimiento, de expresión, de oficios, de saberes, de técnicas, de maneras de trabajar; cosas transmitidas por la familia inconscientemente” (4:16), es decir todos los elementos de dicha interdisciplinariedad histórica, se encuentran presentes como una especie de valor o capital de orden grupal en el que se encuentran elementos tanto conscientes como inconscientes. Es posible apreciar en este concepto la concomitancia entre los procesos tangibles e intangibles, de objetivos como subjetivos, de la vida consciente a la inconsciente que igual impactan y afectan la vida social.

mundialización; éste sociólogo concibe esa influencia como consecuencia de una expansión mundial del pensamiento moderno:

La mundialización puede por tanto definirse como la intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo por las que se enlazan lugares lejanos, de tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia o viceversa. (p. 67-68)

En la medida en que lo mundial se haga presente en cada rincón del planeta, las Naciones o Estados modifican la influencia que ejercen sobre su población. De la mano del fenómeno expansivo se identifica también un aspecto colonialista de sus prácticas, en la medida en que dicho macroproceso conlleva al Estado a perder, en algún grado y progresivamente, soberanía (Beck, 2008; Giddens, 1994, 2007). El proceso a nivel macro en que tiene lugar la globalización está a su vez vinculado con un proceso a nivel micro en el que las poblaciones por pequeñas que parezcan se relacionan. Es posible afirmar, siguiendo lo expuesto, que la insumisión que caracteriza a este grupo social está directamente relacionada con los procesos macro cuya influencia se traduce en las condiciones de vida de la localidad; veamos de qué manera.

En el movimiento gradual que los Estados experimentan al incorporarse a la vida globalizada, también se reacomodan o alinean las regiones o entidades autónomas al interior de los Estados nacionales, o en la República mexicana para nuestro caso¹³⁵; en ese reacomodo algunas zonas o entidades federativas se ven más beneficiadas que otras, ello depende entre muchas otras cosas de lo estratégico de su posición geográfica, de las tensiones al interior del grupo, y de la habilidad de las instituciones administrativas locales para gestionar beneficios para las localidades. Como hemos revisado previamente en este mismo capítulo, el Estado de Chiapas muestra una historia peculiar un tanto al margen de la historia del resto de la Federación; en esa historia grupos sociales con población indígena, han tenido que adaptar sus instituciones a la realidad local, tal es el caso de Venustiano Carranza, Chiapas¹³⁶.

En la opinión de García Canclini (1999, 2005) y Morin (2003) los grupos sociales se han visto obligados a buscar una reivindicación de su identidad, entendiéndose ésta no exclusivamente en términos raciales o étnicos, sino además económicos, políticos, agrarios, etc.,

¹³⁵ Ello ha sido mostrado por Fábregas (2011) en sus Configuraciones regionales mexicanas, tomos I (editado por Gobierno del Estado de Tabasco y Culturas en movimiento), tomo II (editado por la Universidad Intercultural de Chiapas). En esta obra el autor plantea los acomodos en que el sur-sureste de México ha sido posicionado en un lugar desventajoso frente a otras regiones como el centro o el norte de México.

¹³⁶ El subtítulo 1.2 de este mismo Capítulo muestra a detalle las vicisitudes de la localidad frente a las diferentes instituciones por las que ha estado regida hasta la actualidad.

como también es el caso de nuestra región insumisa¹³⁷. Dicho actuar reivindicatorio, que incluye la *lucha por la existencia*, es considerado por las diversas entidades institucionales oficiales como una decisión autodeterminada que los convierte en lo que Sen (2007) denomina *tontos racionales*, en la medida en que su propio actuar los excluye de la posibilidad de acceder a los niveles de “hombres económicos” o “agentes racionales”, cuyo fin no es sino el de insertarse productivamente en una dinámica económica nacional y global, aun cuando ésta vaya –como lo hemos mostrado– en contra de los ideales de su lucha histórica. El argumento de este economista, al evidenciar una tradición en la teoría económica que excluye a los improductivos, tildándolos de tontos o inútiles, es que esa tradición científica es desinteresada de “la variedad de motivaciones que impulsan a los seres humanos que viven en sociedad, con diversas filiaciones y compromisos” (p. 47); la tradición económica capitalista observa únicamente, muy al estilo conductista, el actuar positivo o efectivo. Es así que mientras el grupo social residente y originario de Venustiano Carranza, –Chiapas– vive en su realidad actual, vigilando su soberanía y derecho a la vida¹³⁸ –en lucha por la existencia–, es clasificada por las entidades Estatales como agentes en rebeldía de los ideales locales, nacionales y en esa medida también de las modas político-económicas globales. Las consecuencias de esa actitud y modo de vivir, es manifiesta en diversos planos de la realidad, no solo material, en ésta puede apreciarse, sin hacer mucho esfuerzo al transitar por las carreteras –lo cual se aprecia en las fotografías 22,23 y 24–

¹³⁷ Hemos mostrado en otro momento que las organizaciones en Venustiano Carranza no llevan expresamente la defensa del ideal indígena en vista de que se trata de una población integrada en alguna medida, en lugar de ello se observa con claridad la lucha grupal por exigir aquellos derechos que les han sido arrebatados, entre ellos el derecho a la tierra y a un modo de vida económico basado en la agricultura. El subtítulo 1.2 muestra la manera en que la lucha en la localidad pasó de ser una lucha violenta por el derecho a la tierra, a una lucha con los mismos medios y similares argumentos, por el respeto a una vida económica basada en acuerdos establecidos. Ejemplo de ello es el precio del maíz a nivel internacional el cual afecta la compra que la federación taza el precio al que comprará el grano a los campesinos, sin tomar realmente en cuenta las condiciones de vida y pobreza en las que este particular grupo social se encuentra.

¹³⁸ Un derecho a la vida que implica una vida económica, política, jurídica, etc.



Fotografía 23. Deterioro de las principales vías de comunicación



Fotografía 22. Situación de infraestructura carretera regional



Fotografía 24. Las tres fotografías muestran los innumerables baches, y con ello el estado de las carreteras en la localidad. Todo ello resultado de desinterés de las autoridades por la región.

de la localidad y experimentar el estado en que éstas se encuentran, obstaculizando la fluidez de posibles desarrollos productivos en el marco de su situación, que la localidad pudiera establecer con otras poblaciones del estado de Chiapas; además el panorama urbano en general, muestran una enorme pobreza y con ello una gran desatención de las instituciones con capacidad para incidir en esa realidad.

Las instituciones que representan a este grupo social, han ido incorporando gradualmente los componentes que resultan útiles para la conquista de los ideales grupales; de esa forma, a su vez se ha ido moldeando el rostro sociocultural que dicha población muestra hoy en día como característica peculiar. Por ello no es posible pensar en una actitud diferenciada de los individuos de la localidad que participan activamente en el comunismo y los que no lo hacen, en la medida en que tanto unos, como otros, se ven afectados de manera similar por la realidad sociopolítica, así como por los antecedentes históricos.

En esa construcción y apropiación de herramientas actitudinales y activas, necesarias para la lucha, han sobresalido una política de exclusión de aquellas personas o instituciones cuyo rasgo histórico ha marcado como inaceptables –prueba de ello son las figuras caciques históricas, de las cuales algunas perviven en la región¹³⁹–, sin que para ello hayan tenido lugar políticas públicas que atiendan la situación real en la actualidad. Pujadas (2003) opina que en el universo globalizado¹⁴⁰ todos los grupos o sectores humanos se ubican en una posición: centros o periferias, ricos o pobres, privilegiados o subalternos; siguiendo a este autor parece aclararse el

¹³⁹ En ranchos aledaños a la ciudad industrial de Pujiltilic, lugar donde se encuentra el Ingenio azucarero –que alguna vez fuera fábrica de alcohol de los hermanos Pedrero–, habita hoy Jesús Orantes; éste ha sido heredero de las prácticas de su antepasado don Carmen Orantes “tío Carmen” (Molina, 1976; Renard, 1998). El nombre de Chuz Orantes –como se le escucha nombrar comúnmente– es conocido por poseer grandes extensiones de tierra cultivable de caña de azúcar de la cual se nutre el ingenio azucarero para su producción anual; cuenta la gran mayoría de las personas que buena parte de esas tierras fueron adquiridas por Orantes con artimañas como apropiación forzada o violenta, cierre del suministro de agua para el riego de las parcelas o amenazas directas, por lo que las personas se ven obligadas a vender en sus parcelas ya en un costo económico insignificante. Este cacique local –quién fue por nosotros mismos visto en ocasiones rodeado de entre 5 y 10 personas armadas– tiene una posición estratégica en la región, se dice que es accionista mayoritario del Ingenio y ha ocupado desde hace algunos años puestos de elección popular como diputaciones locales. Su nombre es también vinculado con diversos conflictos con la causa comunera en Venustiano Carranza, por considerarse descendiente filial y heredero de las prácticas de uno de los caciques que se apropió de las tierras comunales en el proceso de pérdida gradual durante el periodo del México independiente hasta los años 60 del siglo pasado.

¹⁴⁰ El autor se refiere a lo minúsculo que puede ser concebido el mundo desde los ojos de los dirigentes de los mercados financieros, de los dirigentes de las grandes empresas transnacionales, narcotraficantes, estrellas de cine o de rock and roll. Todo ello en vista de que a los ojos de quienes se ocupan de la economía mundial podría compararse con un juguete al que puede manipularse con facilidad dividiéndolo o clasificándolo con mucha facilidad.

panorama al poder identificar el papel que juegan las diversas instituciones¹⁴¹ no-oficiales de Venustiano Carranza, todo ello en el proceso en el que, ineludiblemente se encuentran inmersos en la dimensión global-local, y no hace falta un gran esfuerzo para reconocer los motivos por los que el campesinado de la localidad lucha por mantener una subsistencia básica –una *lucha por la existencia*– frente a los cambios globales que afectan las decisiones federales y con ello a la localidad. Como hemos venido afirmando, no puede ocultarse después de todo, el temor que permanece implícito acerca de la pérdida de lo poco valioso que le queda a este pueblo, olvidado por las instituciones de los tres niveles de gobierno por no responder obedientemente a sus planes de desarrollo.

Es posible afirmar que la *insumisión* es una característica que todo grupo humano posee en distintos grados –siguiendo a Freud en el argumento acerca de que todo individuo es enemigo de la cultura, y a Žižek en el traslado de ese argumento al terreno político–; en algunos casos como el de nuestra región, la insumisión es pieza clave en el rompecabezas de su realidad biopsicosocial actual. Sin la apreciación de esa cualidad, además de su inclusión en el análisis de este grupo humano, los resultados del mismo son incompletos y no hacen justicia a la realidad histórica; ello no debe sorprender, puesto que el objeto o meta ideal del capital global no es la impartición de justicia sino la productividad económica.

Al igual que en el caso de la etnia lacandona¹⁴², la presencia de esa insumisión tiene un costo a nivel mórbido, talvez no al grado mortal implacable como la historia nos ha mostrado para el caso de la etnia de la selva; tampoco es un microorganismo con vida propia que en su ataque al sistema inmunológico aniquila la vida de los individuos y del grupo; es un cúmulo de antecedentes históricos interdisciplinarios que se configuran vulnerando las condiciones interdisciplinarias para la vida, abriendo terreno a la morbilidad.

Derivado de ello tenemos que la vida, la existencia, el actuar e incluso el cuerpo humano vivo en esta localidad, puede transformarse en objeto o herramienta de lucha, de inconformidad, de trabajo, de morbilidad, en la medida en que cada individuo se asume a sí mismo como sujeto independiente, a través de una otredad que históricamente encuentra sustento a esa lucha; una

¹⁴¹ En este sentido seguimos la línea conceptual que venimos manejando desde el primer capítulo en el que la Institución se encuentra desde la figura individual formalizada en un registro civil con derechos jurídicos, hasta la pareja en una familia, un barrio, una escuela, etc.

¹⁴² Utilizamos este ejemplo como analogía únicamente en el sentido de los resultados que la lucha de dicho grupo humano tuvo: su exterminio; con la vulnerabilidad y morbilidad que una lucha similar trae como consecuencia en un tiempo actual, distinto en condiciones psicosociales, pero con un resultado en algún sentido paralelo.

lucha que podrá parecer absurda a los ojos de quienes no han adquirido esos referentes existenciales.

La cualidad insumisa de los miembros de este grupo humano, pueden ser tomada como motivo de una dualidad no voluntaria; es decir que mientras los sujetos de este grupo social, se ocupan de los ideales promovidos por las diversas instituciones locales y de otro orden con injerencia en ésta, la dimensión biológica de dicha existencia biopsicosocial es sometida al nivel de herramienta institucional. En esa transformación el herramental institucional, en buena medida es concebido y tratado, como entidad material no-humana; los aspectos afectivos inherentes a la condición humana, pueden terminar siendo tratados como objetos de debilidad en el ideal de lucha ejecutado principalmente por varones.

En la medida en que la insumisión explica los antecedentes interdisciplinarios de la localidad, así como el vínculo que se establece de la insumisión con la morbilidad, es posible afirmar que los antecedentes de la localidad configuran una vulnerabilidad biopsicosocial necesaria para la construcción de un fenómeno mórbido complejo como el *Diabetes Mellitus*.

En lo individual los sujetos viven en soledad su realidad biopsicosocial, puesto que el sentir individual inconforme, –incompatible con el ideal grupal– no tiene escucha efectiva, ya que difiere de los ideales grupales. En cada sujeto, que experimenta una diferencia entre su sentir y el requerimiento grupal, hay un síntoma en formación. El siguiente testimonio muestra un poco de esa realidad:

Investigador: ¿Cómo es vivir en Venustiano Carranza?

Informante: Pues la región donde vivimos así como en estos tiempos se vive un poco tensos, por los problemas sociales que hay, se vive tenso, y no está uno al 100% tranquilo, más bien camina uno así con precaución, a la defensiva porque no sabemos a qué hora se estalla un conflicto

Investigador: ¿hay problemas sociales en Carranza?

Informante: Hay problemas sociales y graves, de años. Añejos los problemas

Investigador: ¿Puede hablarnos un poquito de esos problemas?

Informante: Son problemas, este... como aquí en Carranza la mayoría de la gente son campesinos, ¿sí?, han habido muchos problemas las cuestiones agrarias en la tenencia de la tierra, a raíz de eso ha surgido demasiados problemas. Porque antes, antes las tierras, todas estas tierras que ve aquí lo tenían los ricos, ¿sí?, lo tenían los ricos; el campesino lo

maltrataban, lo humillaban, y ahora ya se lo quitaron a los ricos, ya lo tienen ellos. El campesino lo tienen ya son poquitos los ranchitos, tenían demasiado terreno los ricos y los campesinos no. Pero ahora el problema social que hay es que entre ellos se andan quitando los terrenos también. Entre ellos.

Investigador: desde su forma de pensar, qué fue lo que sucedió, si el problema era que el campesino estaba despojado de tierras ahora ya no lo está, qué sucede ahora.

Informante: lo que ha sucedido es que el gobierno los ha manipulado, los ha, los ha este comprado algunos líderes. Los ha dividido pues el gobierno, ese es el problema que hay 'horita. Ya el gobierno los ha manejado así.

Investigador: ¿Se involucró el gobierno?

Informante: Se involucró y ya formó varios grupos, grupos de antagonistas porque se andan peleando entre ellos.

Investigador: ahora el problema ya no es entre terratenientes

Informante: ya no es con los ricos, es con ellos, por las tierras

Investigador: el motivo sigue siendo el mismo

Informante: sigue siendo la posesión de la tierra y mucho el gobierno los ha traído hacia él, con el fin de dividirlos. Y se ve, se ve claro cuando los líderes se venden, ahí andan con sus camionetas,

Investigador: lo ha observado

Informante: sí, sus casonas, sí; y entonces ya el otro grupo no está conforme porque solo a ellos le dan pues y los demás no. Entonces a raíz de eso se han dañado más los problemas.

Investigador: esa es una característica o una cualidad muy particular de Carranza, hemos tenido oportunidad la historia de la región y precisamente eso marca la diferencia de esta región, ¿usted cree que ese tipo de fenómenos afectan la tranquilidad de quién vive en Carranza?

Informante: sí porque nos afectan a todos con el bloqueo de carreteras, no nos dejan ir a comprar nuestras cosas, entonces ahí salimos perjudicados todos. El problema está localizado dónde es el problema, pero no, no solo ellos se afectan sino que afectan a toda la población en general.

Investigador: El problema de uno...

Informante: genera todo, toda una gran problemática, en cuestión de comunicación nos quedamos aislados, no podemos salir, transitar libremente, por las calles, por las carreteras (Noé, 2014).

Lo que en este testimonio podemos observar es la presencia de una inconformidad que expresa insatisfacción, cuya expresión no alcanza a tener respuesta, puesto que el peso del poder de la institución que exige la sumisión del resto de la población es mayor. Esa insatisfacción

atraviesa la existencia biopsicosocial, con lo que adquiere la potencialidad de acomodar los elementos presentes, en una expresión sintomática. A su vez el testimonio manifiesta con claridad los elementos que integran la realidad psicosocial, vulnerando así la realidad biológica, haciendo el conjunto necesario para la emergencia del fenómeno *Diabetes Mellitus* en algunos casos particulares.

Una vez expuestas las nociones interdisciplinarias¹⁴³ que componen la realidad histórica de la región insumisa, damos paso a la integración de ésta y la lectura de su producto a través de los conceptos que hemos dejado claros en el capítulo anterior.

Se trata de individuos que pertenecen a un grupo social, del cual en un vínculo recíproco reciben y aportan elementos que configuran la realidad observable.

Esa misma realidad individual-grupal, o psicosocial, se conforman en una dimensión existencial en la cual el individuo, o dicho en nuestros términos, el sujeto del inconsciente se vincula a la otredad, al otro del cual se sirve para darle sentido a su existencia –biopsicosocial–. En esa lógica la “Madre Tierra” o la “Santa Tierra” se encuentran fuertemente presentes en el imaginario de los sujetos, a su vez sus significantes se inscriben todo el tiempo en la dimensión simbólica, a través de la cual los objetos alcanzan a substituir el objeto de satisfacción de deseo inconsciente, el cual habita en todo sujeto.

La tierra tiene valor en tanto que de su presencia emanan múltiples significados, los cuales representan particulares objetos para cada individuo –como lo ha dejado claro Martínez González y Barona (2015), al contrario de lo que indica la idea de una gran significación que explique todos los casos, pero cuya presencia es real–, y con ello representa con toda seguridad la otredad, en ésta se encuentran diversas respuestas a preguntas existenciales vigentes en cada sujeto en particular.

En la región, el sujeto se ve obligado, por las circunstancias –antes– expuestas, a responder insumisamente frente a la otredad, la cual le exige una respuesta específica: mantenerse en guardia frente a la necesidad de luchar –en el caso del comunero– o a la necesidad de responder frente al siniestro cuando la situación social así lo demanda –en el caso de quienes

¹⁴³ Entendemos por nociones interdisciplinarias a los antecedentes previamente expuestos, que pueden considerarse simplemente antecedentes históricos de la localidad; pero también pueden desglosarse en antecedentes de un orden disciplinario particular. Pedagógicos: como la llegada de un profesor que se ocupa del acceso del grueso de la población a la educación formal; político-económicos: la utilización del cabildo indígena para conseguir beneficio económico al trabajar la tierra sin costo alguno; epidemiológicos: la presencia de epidemias a las que eran más susceptibles la gente pobre, etc.; así como al interrelación de estos aspectos que podríamos denominar interdisciplinarios.

no participan activamente en el comunerismo, como es el caso de Noé-. El deseo o la actividad pulsional, cuya presencia se encuentra en esencia en la triada biopsicosocial, se somete ante el llamado de la otredad; pero como todo aquello que es o fue objeto de represión, volverá.

Por ello la insumisión de esta región, no es sino el síntoma –en una dimensión social o grupal– que el grupo social gradualmente ha construido, al cual es posible identificarle sin lugar a duda una vinculación con el goce¹⁴⁴; en la medida de que la vida de un grupo social es larga, este síntoma puede rastrearse desde los tiempos históricos de la conquista española, la colonia, la independencia, la revolución, el mapachismo y el tiempo actual. La vida de los individuos que en este momento habitan la localidad no estuvo presente durante la gran mayoría de esos eventos, pero la otredad, esa gran dimensión simbólica que le otorga sentido a todo objeto material a través del tiempo, la hace presente; dicha presencia puede o no ser reconocida como tal por los individuos, al grado que muy pocos de ellos pueden testimoniarla como tal.

En un sentido muy similar al aquí expuesto y desde luego en sus propios términos, Farmer expuso el caso de una región perfectamente delimitable político-económicamente: Haití. Su concepción acerca de la formación sintomática grupal, que en este caso se trata de una gran epidemia de SIDA y Tuberculosis; arguye que la historia de expansión postcolonialista europea del Nuevo Mundo, fuertemente marcada por la esclavitud y el racismo (Farmer, 2004), sentaron los precedentes y a su vez explican la desatención de un grupo social que en la actualidad se enfrenta a los embates de un fenómeno patológico al que se puede concebir como estrictamente biomédico, pero al que también se le identifican múltiples vertientes histórico-sociales como precedentes estructurales violentos.

Siguiendo lo expuesto por Farmer, Foucault (2004), también ha develado, desde luego a su manera, una dimensión en ese mismo plano, en la cual el cuerpo ha sido objeto de representación encarnada del grupo social:

microbianos o virales; han demostrado hasta qué punto estaban implicados los procesos históricos en lo que podía pasar por el zócalo puramente biológico de la existencia, y qué lugar se debía conceder a la historia de las sociedades y de los “acontecimientos” biológicos como la circulación de los bacilos, o la prolongación de la duración de la vida. Pero el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerza a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos. Este cerco político del cuerpo

¹⁴⁴ Dicha vinculación obedece a la observación del enorme orgullo que los pobladores de la localidad muestran al escuchar que el estereotipo de la localidad se vincula a la lucha inquebrantable, a una resistencia continua frente al Estado autoritario, y a la defensa a toda costa de su derecho a la vida, al trabajo, a la tierra que los vio nacer.

va unido, de acuerdo con unas relaciones complejas y recíprocas, a la utilización económica del cuerpo (Foucault, 2004, p. 32).

El cuerpo, la encarnación biológica, resulta moldeada por la realidad psicosocial en sentido interdisciplinario; de esa manera resulta ser producto, en alguna medida, de la realidad política de la que es objeto la región. Se trata de una realidad político-económica que proviene de diversos niveles o estratos. El elemento articulador ausente en la obra de Foucault y de Farmer es el inconsciente y su función de desconocimiento de la falta. Es posible, en las dos obras, discriminar ese elemento, pero por el diseño de sus trabajos es poco relevante; tanto para el biopoder como para la violencia estructural –modelo biosocial–, el sujeto es supuesto como efecto de la gran estructura global-local que lo constriñe ineludiblemente. Aquello que hará la diferencia entre un individuo y otro; entre aquel que enfermó gravemente, el que solo manifestó algunos síntomas o el que no enfermó, es la configuración psíquica individual, la misma que diseña la estrategia de enfrentamiento del deseo individual frente a la gran estructura global-local o simplemente la otredad.

Los objetos que conforman el riesgo de brotes infecciosos en la obra de Farmer, y que permanecen en una especie de latencia, son solo activables por vicisitudes imperfectas en los protocolos creados bajo ideales de perfección. La imperfección humana, realidad diferencial de sus ideales, detona lo que han sido las grandes epidemias denunciadas por el antropólogo.

Donde hay seres humanos tarde o temprano habrá errores; donde hay institución hay dilución de las necesidades humanas en beneficio de la defensa del ideal institucional; donde hay un microbio latente de ser liberado por un error humano, tarde o temprano estará libre y el mismo ser humano está en riesgo de ser presa de sus actos; en esa misma lógica donde hay atención médica fragmentaria orientada a mantener la vida biológica desatendiendo las vicisitudes existenciales, habrá tarde o temprano una manifestación biopsicosocial que desplace psicosocialmente el acomodo de sus componentes para manifestar la nueva realidad, siendo en términos médicos una realidad mórbida. Si en el sujeto habita una pulsión de muerte que bajo represión se sublima –es decir se disfraza de goce–, tarde o temprano encontrará la forma de acercar al sujeto a su destino final; el individuo inmerso en sus componentes culturales, los reproduce, pasa a formar parte del torrente de significaciones culturales, ello no anula sus propias necesidades, solo las confina a un espacio individual, la más de las veces indignas de ser

compartidas socioculturalmente, por lo que o se manifiestan en trabajo sublimatorio o como síntoma biopsicosocial.

La región insumisa de Venustiano Carranza es terreno fértil para expresiones patológicas que los elementos actuales predisponen, el control biomédico sobre las manifestaciones infecciosas agota ese campo; no así para el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, que se manifiesta en otra dimensión. La manifestación anticipada de la pulsión de muerte ha estado presente en esta misma región; muchos sujetos en estado de inconsciencia alcohólica han bebido y continúan bebiendo agroquímicos; la presencia de ese fenómeno ha sido atribuida a motivos psiquiátricos –con lo que se observa una gran incompreensión del fenómeno–.

El control biomédico sobre las acciones rutinarias humanas descansa en una gran fragilidad, sus instituciones no están preparadas para preverlas. La necesidad de ir a cada región específica obedece a la ausencia de herramientas científicas que permitan dilucidar los indicios de riesgo mórbido; las herramientas que se utilizan en la actualidad, como por ejemplo el análisis epidemiológico estadístico hace grandes cortes en la realidad, dejando fuera las vicisitudes individuales y psíquicas de las regiones, al respecto:

El ebola, la tuberculosis y la infección por HIV no son las únicas enfermedades que necesitan ser entendidas con su contexto a través de los enfoques de la ciencia social. Estos enfoques involucran el conocimiento de los historiales médicos y las epidemias locales dentro de los sistemas biosociales más grandes en los cuales se forman y, además, requieren un estudio de las desigualdades sociales (Farmer, 2000, p. 192).

La manifestación de enfermedades no infecciosas, es decir las de corte crónico-degenerativo obedecen a la misma lógica y requerimiento de buscar las condiciones para cada caso regional.

El fenómeno mórbido entonces está escrito en cada región específica mediante un código singular, ese código permite su intelección a través del lenguaje, objeto de uso corriente en el orden psicosocial, pero también de sus manifestaciones artísticas y religiosas.

De esta manera la *Diabetes Mellitus* en nuestra región es “el retorno de lo reprimido”; ello implica el paso por relaciones de poder, en el que se involucran un amplio abanico de entidades institucionales que van desde la familia, el Estado y los capitales.

A ello obedece la necesidad de una estrategia investigativa que consiga rescatar de los individuos y del grupo social, los elementos aquí planteados.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

Este capítulo muestra el aspecto metodológico bajo el cual se conceptualiza nuestra investigación; muestra también los aspectos técnicos que se utilizan para el tratamiento de la fase empírica del proyecto, así como los detalles respecto de sus participantes.

Como ha quedado manifiesto desde los capítulos iniciales, el planteamiento epistemológico y teórico se fundamenta en una perspectiva interdisciplinaria. Ello nos ha llevado a renunciar a los principios exclusivos de una de esas posturas; por lo consiguiente a buscar una estrategia que muestre la suficiente flexibilidad para soportar el impacto de la confrontación de las diversas posturas que aquí convergen. Somos conscientes de la actitud manifiesta por cada postura respecto de la defensa de sus conceptos teóricos, los cuales son utilizados como escudo o rompeolas en una constante lucha por el terreno parcelario científico; no nos extraña encontrar posturas radicales en las ciencias sociales respecto de las ciencias humanas o en las ciencias médicas respecto de las ciencias sociales y humanas, ello en el ámbito teórico, así como en el ámbito metodológico. Y es necesario dejar muy en claro que el esfuerzo aquí presentado no se orienta a mediar en esas posturas, sino a utilizar los conceptos tanto de unos, como de otros en función de nuestras necesidades, en seguida veremos cómo. La legitimidad es entonces pieza importante en la construcción de nuestra estrategia, y está basada en principios epistemológicos, teóricos y metodológicos, aunque a los ojos disciplinarios ortodoxos –por llamarles de alguna manera– nuestros planteamientos pudieran resultar inaceptables o absurdos.

Confiamos en que este esfuerzo se agrega a lo que Gail Mummert (1998) denomina *sacudida muy sana*, respecto de lo que las visiones sobre la salud y la enfermedad han experimentado durante las últimas décadas con la llegada o invasión de las ciencias sociales y humanas –y sus herramientas teóricas– al terreno de la salud –interdisciplinaria–; las cuales en la actualidad “han encontrado eco y adquirido cierta legitimidad académica” (p. 18).

Además de las dificultades metodológicas que pudieran derivar de aplicar una visión interdisciplinaria al esfuerzo indagatorio, debemos agregar las que se derivan de la necesidad de responder a la regionalidad, con la que este trabajo de investigación tiene un compromiso, en la medida en que la presente tesis pertenece a un programa de estudios concebido bajo los

principios de los Estudios Regionales; afortunadamente disponemos, como precedente, de un gran esfuerzo por producir investigaciones científicas en este campo, a cargo del Consorcio de Ciencias Sociales y Humanidades, al que pertenece el programa de doctorado al cual responde este trabajo; por ello dispondremos de los precedentes académicos y científicos que a este trabajo anteceden.

Finalmente entendemos como estrategia metodológica al conjunto de concepciones, visiones o preceptos a través de los cuales se decidió abordar el problema y las preguntas de investigación; a continuación reflexionamos sobre dicha estrategia y posteriormente damos a conocer sus aspectos técnicos.

3.1 Estrategia Metodológica

En la búsqueda constructiva de ese planteamiento tenemos todo el tiempo en cuenta los principios interdisciplinarios. Éstos deberán ser tomados en cuenta de principio a fin en este documento, ello otorgará una especie de sustento que a su vez transferirá flexibilidad y resistencia a las propuestas metodológicas aquí presentes. Eso no deberá desilusionar al lector al encontrar divergencias respecto de los modelos metodológicos tradicionales, y a sus también tradicionales esquemas rígidos¹⁴⁵.

Respecto de la utilización del término interdisciplina, debemos hacer algunas puntualizaciones. La necesidad de recurrir a posturas como esta es un esfuerzo que no ha terminado en esa particular postura respecto del conocimiento –es decir en la necesidad de observar un objeto de estudio desde una visión que comprenda más de un cuerpo de conocimientos, sino desde más de uno e integrando dichas posturas, es decir interdisciplinariamente–; por el contrario, ese esfuerzo ha ido más allá, como será puesto en evidencia líneas adelante en el documento, tiene lugar una visión que trasciende a la interdisciplinaria, a la que se ha llamado transdisciplinaria. Sin embargo consideramos que el término se encuentra en buena medida en construcción, y no porque se encuentre incompleto, sino porque su ejecución requiere de la trascendencia de diversos parámetros establecidos, como

¹⁴⁵ Entendemos como esquemas o posturas metodológicas rígidos a aquellas visiones que contemplan una aplicación metodológica apegada con extrema fidelidad a los principios que los rigen; de alguna manera un esquema o postura metodológica rígida es directamente opuesta a una postura interdisciplinaria, la cual concibe, como lo veremos a continuación, todo cuerpo de saber o actuar científico, como necesariamente adaptable a las necesidades que el objeto de estudio demanda. Tenemos así que la rigidez que una propuesta metodológica es contraria a la flexibilidad o heurística de una postura interdisciplinaria.

por ejemplo ciertas convenciones metodológicas. A pesar de ello no renunciamos a nuestro interés de recurrir a sus principios por considerarlos necesarios en nuestro esfuerzo; es por ello que decidimos utilizarlo con algunas particularidades, es decir que adoptamos aquí el espíritu transdisciplinario, el cual encontramos perfectamente reflejado en la visión interdisciplinaria (Max-neef, 2004; Mendoza Martínez, 2013; Morin, 1998, 2005).

Ubicamos estratégicamente entonces a esta investigación como parte de una comunidad investigativa interdisciplinaria¹⁴⁶ que:

reproduce paradigmas, programas o tradiciones de investigación, haciendo uso de una perspectiva que podríamos denominar transdisciplinaria, rompe con el aislamiento de las disciplinas haciendo posible:

- a). La circulación de conceptos o esquemas cognitivos entre disciplinas
- b) Las invasiones e interferencias entre disciplinas
- c). La complejificación de disciplinas en campos multicompetentes
- d). La emergencia de nuevos esquemas cognitivos y nuevas hipótesis explicativas

La transdisciplina nos lleva a pensar en la posibilidad de usar metodologías flexibles (heurísticas), así como a seguir una nueva lógica en el modo de producción de conocimientos, que pone énfasis en los contextos de su aplicación y aceptar la “interferencia” entre disciplinas creando campos multicompetentes (Morin, 1987 cit. en Cabrera y Pons, 2010, p. 177).

El límite de esa flexibilidad, o en sentido opuesto de su necesaria dosis de rigidez, estará marcado por la perspectiva epistemológica, la cual deberá preceder en un grado de abstracción mayor al análisis de los conceptos y las visiones metodológicas empleadas; para ello es necesario remitirse a los dos primeros capítulos del presente documento. En ese afán no deberemos olvidar que este esfuerzo recurre a los Estudios Regionales para dar cuenta de lo sucedido en un grupo social específico; consideramos de gran importancia no minimizar ese último compromiso, puesto que la singularidad que cada grupo humano muestra¹⁴⁷, y el impacto de ello en dimensiones individuales como la que implica la salud y la enfermedad hacen más compleja nuestra labor.

¹⁴⁶ Es importante aclarar que el término interdisciplina hace alusión a la visión tanto epistemológica, como teórica, así como metodológica de un determinado objeto de estudio, y no estrictamente a una visión teórica (Sotolongo Codina y Delgado Díaz, 2006).

¹⁴⁷ El tema de la singularidad de cada grupo humano y la relación de esa singularidad con la manifestación mórbida es analizada en los subtítulos 1.6 y 2.4.

Nuestro planteamiento metodológico toma en cuenta que las incógnitas que orientaron este proyecto de investigación, tuvo como base las observaciones hechas en un periodo laboral en el ambiente clínico-hospitalario del hospital rural “Venustiano Carranza”. Los cuestionamientos originarios tuvieron un origen múltiple, es decir no se basaron solamente en discusiones teóricas, sesiones médicas, observaciones clínicas, y aunque éstas fueron parte de ese periodo también lo fueron la observación de la vida cotidiana de los pobladores de la localidad, la interacción con ellos mismos, el contacto con las prácticas tradicionales como la festividad, la gastronomía, las manifestaciones artísticas, las prácticas religiosas, además de las particulares maneras de abordar manifestaciones humanas como el conflicto interpersonal, la pobreza, la violencia social, la parentalidad, etcétera¹⁴⁸. Éstos representan un conjunto de elementos que nos obligan a recurrir al concepto de campos multicompetentes propios de la interdisciplinariedad, además de sus correspondientes aspectos en la dimensión de la metodología de investigación.

Por esa razón recurrimos a nuestro diseño metodológico y un instrumental técnico que evite la recogida de datos mediante instrumentos impersonales, como en el caso de antropometría, sociometría, estadística o psicometría. No por ello evadimos por completo incluir los resultados de estudios basados en esas herramientas técnicas, pues consideramos que en algún sentido esos trabajos recogen un fragmento de la realidad que estudian, los cuales podrían resultar de utilidad en algún momento de nuestro esfuerzo. Sin embargo aun cuando nos servimos de ese tipo de trabajos, el nuestro fue pensado como interdisciplinario; por ello no deberá extrañar encontrar referencia a métodos con tradiciones bien definidas y delimitadas¹⁴⁹, las cuales en alguna medida se contraponen, pero que confluyen en un punto como el caso de la concepción fenomenológica y la narrativa, en vista de que los dos métodos convergen en privilegiar el lenguaje humano individual por sobre la escucha generalizadora del modelo biomédico, haciendo para ello una cierta complementariedad paradigmática.

¹⁴⁸ Es precisamente este aspecto una muestra de la aplicación de la heurística metodológica a la que recurrimos, puesto que a pesar de que nuestro trabajo no comprende una metodología estrictamente etnográfica, recurre en algún momento a la exposición de fragmentos que bien podrían considerarse etnografía básica; ello obedece a que consideramos de utilidad la inclusión de fragmentos como el que se encuentra en el Capítulo II, subtítulo 2.3. Dicho fragmento es una relatoría del autor en su experiencia en la región, cuya finalidad es contextualizar y ubicar al lector respecto de diversos detalles de la región, sus tradiciones, vías de comunicación y aspectos diferenciales inmediatos respecto de localidades colindantes.

¹⁴⁹ Muy al estilo disciplinar, es decir celosamente defendido como “espíritu de propietario que prohíbe toda incursión extranjera en su parcela del saber” (Morin, 1998, p.2), lo cual en nuestro caso es tratado de manera inversa, es decir invadiendo dichos límites para obtener de esa invasión una fluidez en el producto final obtenido.

3.1.1 Alcances y limitaciones de esta estrategia

Consideramos que una propuesta de investigación puede ofrecer tanta seguridad en sus resultados como cuidado se haya tenido en la construcción de su diseño metodológico. En la búsqueda de definir los alcances posibles, así como de los imposibles introduciremos la idea de Cabrera y Pons (2010), respecto de los grados de relación entre epistemología y metodología¹⁵⁰.

El punto de partida para esta reflexión es la ubicación de la discusión de la epistemología y la metodología en los planos o, si se quiere, en los niveles de discusión desde los cuales, con orden, podamos desentrañar (si esto fuera posible) lo que éstas son y cómo se expresan en los “estudios regionales”.

En la tabla 1 podemos observar las bases de la razonabilidad en la cual se expresa lo que arriba se ha indicado:

Tabla 1 Niveles de discusión y relación entre Epistemología y Metodología

Planos	Objeto	Epistemología	Metodología
Filosofía	Las causas últimas	Causas últimas del conocimiento	Formas de conocer las causas últimas del conocimiento
Epistemología	El conocimiento	Conocimiento del conocimiento	De las formas de conocer las formas de producir el conocimiento
Teoría	La realidad	Teorías de la realidad	De las formas de producir conocimiento de la realidad
Metodología	Las formas de acceso a la realidad	De la vigilancia de las formas de conocer la realidad	De las formas de conocer los procesos de conocimiento de la realidad

¹⁵⁰ De la relación de estos dos aspectos deviene la congruencia metodológica y en alguna medida el sustento de dicha dimensión.

Ahora bien, la discusión, desde una perspectiva sincrónica, de los cuatro planos que se listan en la primera columna de la tabla 1 se expresan en el esquema 1 en términos de su implicación en el proceso de comprensión de la realidad que aspira a su explicación.

Esquema: 1 los planos de la investigación



(p. 169-170).

Lo que venimos de citar es la manera en que ha resultado posible concebir y ejercer la investigación de Estudios Regionales, desde la perspectiva interdisciplinaria. El plano epistemológico aspiraría, de acuerdo a esa lógica, al extremo de mayor abstracción; mientras que el extremo en dirección de lo técnico-instrumental aspiraría a una mayor concreción. Lo que resulta importante no perder de vista es que aunque dichos extremos se encuentran en posiciones opuestas, están también implícitamente unidos para ofrecer un producto final en el ejercicio de investigación. Considerando estas ideas, un estudio que proponga una metodología interdisciplinaria pero que no contemple el aspecto epistemológico, estará faltando a sus propios principios y con ello estará mostrando una seria incongruencia en sus fundamentos; lo mismo sucedería con un trabajo que muestre un análisis epistemológico de su objeto de estudio y que a su vez recurra a las herramientas metodológicas ortodoxas con alta rigidez y poca flexibilidad interdisciplinaria. Es en atención a esos dos casos, que este documento propone una metodología basada en el resultado del abordaje epistemológico que se encuentra en los dos subtemas iniciales del capítulo I.

En términos prácticos para mostrar la dimensión de lo que aquí se realiza recurrimos a un documento editado por Magaña Ochoa, Pincemin Deliberos y Santiago García (2010), en el que se contextualiza con mucha precisión las mínimas necesidades de todo aquel que pretenda abordar el campo de los Estudios Regionales. Los tres investigadores, al presentarnos una obra acerca de la regionalidad nos explican el desenvolvimiento histórico que trae como resultado las metodologías actuales:

A diferencia de las sociedades anteriores en las cuales el factor decisivo era el apego a las tradiciones y al pasado, vivimos, desde la segunda mitad del siglo XX en una sociedad de cambios. Estos cambios constantes se muestran en todos los rincones del planeta en mayor o menor grado. Si bien esta globalización no es exactamente un fenómeno nuevo –algunos autores como Wallerstein o Chomsky lo hacen empezar de cierta manera en el siglo XVI con el descubrimiento de América y la consiguiente expansión europea–, lo sorprendente es la velocidad y la generalización que ha adquirido en los últimos veinte años, cambiando los fundamentos de la sociedad y creando una enorme interdependencia no sólo económica y tecnológica de las naciones del mundo, sino cultural, social y política. [...por ello] Es necesario pensar acerca del papel del conocimiento y la metodología científica ya que nos enfrentan al problema de las relaciones del investigador con la realidad, ella misma dada por procesos dinámicos entre los investigadores y los actores mismos y en el que se construye un proceso en constante cambio. Hay que reflexionar, a su vez, con la forma en que creemos que construimos la realidad objetiva y la realidad misma, la forma en que creemos que el dato es la realidad cuando es, más bien, nuestra interpretación de ella. Nuestro mundo es un mundo global pero plural, en el que se busca la universalización de la verdad y se le somete al pasmoso poder tecnológico de un particular tipo de conocimiento: el de la ciencia y de sus aplicaciones. Sin embargo la realidad es compleja y existe múltiples maneras de aprehender el mundo y de aprehender otros saberes. Nuestro desafío metodológico será entonces el cómo captar el movimiento de esas realidades que establecen o condicionan una peculiar manera de leerlas (p. 5-8).

Lo anterior muestra que los requerimientos en orden filosóficos, epistemológicos, teóricos y técnico-metodológicos al abordar los Estudios Regionales es grande; las cualidades convocadas para llevar un proyecto de esas características a buen fin, implican un agudo y amplio esfuerzo. En ese tenor no debemos olvidar que, aquello que llevó a las disciplinas científicas a cerrar las puertas a la flexibilidad metodológica fue el temor de que la especulación proveniente de los discursos mítico-religiosos se disfrazaran o apoderaran de la confiabilidad científica; esa meta sigue en pie, pero el tiempo ha acercado nuevas herramientas metodológicas, más abiertas a lo que los grupos sociales muestran como exigencia; consideramos que dicha exigencia se asemeja grandemente a lo que Álvarez-Gayou (2002) denomina como quinto momento de la

investigación¹⁵¹. De ningún modo se trata de regresar a la especulación mágico-religiosa. En muchos sentidos ese momento ha sido superado, y hoy en día hay un retorno a lo que esos esquemas metodológicos rígidos han desdeñado: la voz de los grupos y de los individuos humanos. No nos queda duda que en la realidad misma está la respuesta a sus interrogantes, el momento actual ha permitido que las metodologías científicas evolucionen de la manera que lo han hecho, y a su vez produce las herramientas para criticar esos avances evolutivos para impedir que se vuelva a los errores del pasado; se trata de lo que Roudinesco (2012) afirma sobre el tiempo en el que vivimos, “nuestra época produce también la impugnación de lo que pone en escena” (p.13).

Es por demás importante tomar en cuenta la trayectoria tanto de los clásicos, como a los que recientemente proponer nuevas visiones y resultados de utilidad crítica. Los fundamentos de orden epistemológico de esta investigación han sido tratados en el capítulo I y II. Los de orden metodológico los retomamos de investigadores en activo del campo de la antropología médica. Eroza (2008; en prensa) ha trabajado ampliamente el tema de la salud, la vivencia del dolor en el cuerpo y las narrativas del padecimiento; sirviéndose de la entrevista a profundidad este investigador obtiene la narrativa de voz del sujeto mismo, libre de influencia del campo biomédico se apega a la experiencia vivida del sujeto, para extraer de éstas la contextualización inmediata en la que tiene lugar la palabra del individuo. Al mismo tiempo Magaña (2002a, 2013) ha explorado científicamente la salud en poblaciones del medio indígena rural emigradas a San Cristóbal de las Casas, todo ello en la región de los Altos de Chiapas; así como a la población joven respecto del suicidio. Utilizando metodologías basadas en el análisis de narrativas se acercan al sentir individual en el que se encuentra la influencia del medio cultural, hemos hecho mención en otro lugar sobre el concepto campo de lo médico de este autor, quién exploró también un grupo social en Cantabria, España. Con amplia experiencia en los estudios regionales, Magaña aborda problemáticas mediante el “establecimiento de un diagnóstico basado en la integración de distintas perspectivas disciplinarias, [en] la construcción de un perfil epidemiológico social de la región” (Magaña, 2013, p. 237) en cuestión.

¹⁵¹ Las principales características de esta particular manera de concebir la historia de la investigación obedece a un interés por la representación de la otredad o la representación que el otro tiene del mundo, al que le acompañan el surgimiento de nuevas epistemologías que obedecen a objetos de estudio antes silenciados por la rigidez de las metodologías ortodoxas. En este momento están presentes características en la investigación como la acción, el activismo y la crítica social; hay una caída de las grandes narrativas que dan paso a teorías locales y de menor escala, las cuales son ajustadas a problemáticas y situaciones específicas que por largo tiempo no fueron de interés a los grandes discursos metodológicos.

Encontramos que la potencialidad de los alcances de nuestra estrategia metodológica radica en la diversidad de su composición, más que en la eficacia de cada uno de los elementos que la conforman; cada manera de concebir la realidad, en la medida en que aporta elementos, diverge los demás, abriendo así la posibilidad de concebir un universo interdisciplinario con incontables alcances. Queda abierta la posibilidad de conocer nuevas perspectivas o de refrescar las previas, abriendo la posibilidad de encontrar nuevos matices.

Por el contrario las limitaciones de nuestro planteamiento están definidas por las fronteras planteadas por sus lineamientos; en esa medida, regidos por nuestros alcances y por las condiciones del grupo social – y en esa medida de los participantes/informantes de este estudio–, se edifican los confines de aquello que nuestro ejercicio de investigación puede alcanzar. En ello incuestionablemente se encuentra la universalización de los hallazgos, la generalización de las ideas y la detención en el análisis interpretativo para un mismo cuerpo testimonial –la posibilidad de seguir leyendo y encontrando el texto que con cada testimonio se ofrece, y en esa medida encontrar nuevos elementos–.

Solo nos resta en este afán dar a conocer con precisión la composición metodológica que muestra cómo se llevó a cabo el estudio; el cual se muestra a continuación.

3.2 Aspecto técnico

La presente investigación concibe al fenómeno *Diabetes Mellitus* como una construcción psicosocial humana, inherente a su vitalidad; es a su vez resultado de la interacción de múltiples elementos¹⁵². Todo ello se encuentra en diferentes órdenes de realidad, con efectos fenomenológicos que requieren visiones no convencionales a las tradicionalmente usadas para inteligir el objeto, así como de herramientas *ad hoc* para su registro.

En ese afán nos vemos en la necesidad de plantear ordenadamente de acuerdo a cada uno de esos órdenes de realidad las maneras en que pretendimos estudiarlo; a continuación damos ello a conocer.

¹⁵² Para ampliar o profundizar sobre el tema puede consultarse el Capítulo I, sección 1.2-3, así como el Capítulo II, sección 2.4

3.2.1 Paradigma interpretativo

Si partimos de la idea de que la *Diabetes Mellitus* es una construcción psicosocial, es necesario entender cómo sería posible tener acceso a dicho proceso constructivo, tanto en su dimensión singular, como en su dimensión plural.

Desde una perspectiva filosófica Ricoeur concibe la realidad humana –y con ello su dimensión mórbida– como susceptible de ser encontrada mediante la expresión, es ahí en el lenguaje, es “ahí donde se convierte en acontecimiento del habla humana, que sólo puede ser reconocido en el proceso interpretativo del habla humana” (Ricoeur, 2012, p. 460); desde esta particular visión epistemológica, la explicación al por qué de la existencia humana y con ello de la morbilidad, es susceptible únicamente a través del lenguaje, al cual en el afán de identificar y reconocer es necesario interpretar.

Braunstein (2008), basándose en el modelo clínico psicoanalítico, propone la figura del *enigma*¹⁵³; su modelo es herramienta básica en la terapéutica psicodinámica. Dicho planteamiento va más allá de cualquier versión imaginativa elaborada por un individuo mucho o poco involucrado con los antecedentes teóricos del tema; en cambio recurre a la indicación de hablar libremente acerca de un tema a elegir por el individuo. En las entrevistas llevadas a cabo con personas con *Diabetes Mellitus* para esta investigación, dicho precepto se modificó, únicamente sugiriendo hablar acerca de su experiencia con dicho fenómeno mórbido. Desde esta particular visión la presencia de la diabetes es un conjunto de elementos a descifrar, un enigma a interpretar. En este modelo interpretativo se espera a que el sujeto sea quien aporte, mediante su lenguaje, los elementos que construirán la interpretación del enigma. Se trata entonces de una dimensión vinculatoria de la historicidad humana individual con la otredad, un modelo intersubjetivo, que persigue la dilucidación del recorrido hecho por la vida psíquica –ineludiblemente incluida en ésta, el registro biológico– y con ello el actuar tanto consciente como inconsciente; este modelo es útil en nuestro esfuerzo por comprender el fenómeno mórbido en general, y la *Diabetes Mellitus*, en particular.

¹⁵³ Desde esta óptica el enigma vendría a ser el punto nodal a través del cual sería posible aproximar una explicación sobre la trayectoria que ha seguido la vida psíquica –es decir el deseo– de un sujeto en particular, siempre claro está en un contexto de elementos comunes socioculturales; es decir “indicar por medio del enigma el lugar del objeto innombrable que es causa de deseo y que anima a la estructura discursiva por la cual el sujeto se historiza” (Braunstein, 2008, p. 6); dicho de manera más sencilla el *enigma* es la explicación latente de la construcción del fenómeno *Diabetes Mellitus* en una persona.

En ese afán nos remitimos a la postura metodológica de Sandin (2003) respecto de los paradigmas de investigación; de acuerdo a su postura es posible identificar de manera general en las ciencias sociales tres grandes frentes:

En el ámbito educativo, y social en general, existe un cierto acuerdo en identificar tres “paradigmas” en la investigación (Buendía et al., 1997; Colás y Buendía, 1992, De Miguel, 1988; Del Rincón et al., 1995; Denzin y Lincon, 1998a; Husen, 1988; Latorre et al., 1996; Valles, 1997):

- La perspectiva empírico-analítica, de base positivista-racionalista (paradigma positivista/pospositivista).
- La humanístico-interpretativa, de base naturalista-fenomenológica (paradigma interpretativo), y
- La crítica, basada en la tradición filosófica de la teoría crítica (paradigma sociocrítico) (p.32).

La utilidad de esta cita radica en mostrar precisamente los modelos que en este trabajo han estado en discusión desde los capítulos iniciales. La biomedicina responde precisamente a lo que Sandín nombra como paradigma positivista/pospositivista¹⁵⁴ –o lo que hemos también denominado disciplina hegemónica–; mientras que al conjunto de disciplinas o subdisciplinas que hemos denominado disidentes podríamos ubicarlas en el paradigma interpretativo¹⁵⁵, aunque también en alguna medida en el paradigma sociocrítico.

Por ello ubicamos este trabajo en un paradigma interpretativo; en la medida en que nuestra propuesta pretende un proceso deconstructivo que muestre algo de luz a la intelección sobre el fenómeno *Diabetes Mellitus*, tanto en un sujeto en particular como en el contexto de su grupo social, es decir en su dimensión psicosocial.

La necesidad de una visión interpretativa como la que venimos de exponer, nos acompañó en nuestra práctica clínica, la misma que tuvo lugar en una institución hospitalaria –fuertemente medicalizada–; es decir que las respuestas que la práctica médica ofreció a nuestras preguntas, nunca fueron satisfactorias. La medición numérica “infalible” del nivel de glucosa en sangre, – como requisito para el diagnóstico de diabetes– nunca coincidió con aquello que nuestros ojos

¹⁵⁴ Biomédicamente el diagnóstico de diabetes mellitus radica en la presencia anormalmente alta de glucosa en la sangre venosa, la presencia de resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa. Todos esos criterios son evaluables mediante métodos bioquímicos. Para la disciplina será ese el origen de la enfermedad, como puede observarse gráficamente en la ilustración 2.

¹⁵⁵ La presencia de este paradigma científico y su utilización estaría permitiéndonos partir de la realidad planteada en términos médicos, para a partir de ello plantear temporalmente todo aquello que fue causa de lo que el paradigma prevaleciente ha propuesto.

podían leer en el rostro de las personas; de esa manera los criterios positivos jamás pudieron sustentar suficientemente la versión biomédica a cerca de lo que sucede en el individuo con *Diabetes Mellitus*; hoy materializamos esa necesidad en la presente investigación.

3.2.2 Epistemología subjetivista

En su gran mayoría el conocimiento científico que explica el origen y funcionamiento del fenómeno *Diabetes Mellitus*, ha sido creado por una corriente científica dominante; los vínculos que ese modelo establece con la gran maquinaria corporativa, le inyectan una aplastante influencia sobre las instituciones públicas, de las cuales depende la práctica médica oficial y en buena medida una estereotipada positivización del campo de lo médico¹⁵⁶.

Todo ello ha producido un estrechamiento en el ángulo de visión con que se observa el fenómeno; el sujeto pasa a ser objeto de estudio ocupando así un segundo plano, mientras que el primer plano es ocupado por la construcción teórica denominada para ello “enfermedad”. Ese nivel de realidad nos sirvió para orientar al presente estudio respecto del plano que era necesario abordar para ampliar dicho ángulo de visión, para con ello acercarnos y poder mostrar la cara, no ausente, sino obscurecida del fenómeno. Conceptos como el de inconsciente abren la posibilidad de aproximarse de manera estrecha a la subjetividad humana¹⁵⁷, contraria a la postura objetiva que ha permitido los vacíos y obscuridades ya mencionados en la comprensión de los fenómenos mórbidos; luego entonces más que la medición de los niveles “sustanciales” biológicos, es en el escudriño del lenguaje y sus referentes en el actuar cotidiano humano, lo que nos ofrece la posibilidad de acceder a la subjetividad que inherentemente estos portan, la misma “que pone de manifiesto para la fenomenología la plena significación del modelo del inconsciente” (Ricoeur, 2012, p. 337).

Si consideramos la visión positiva-biológica como un primer paso científico en la comprensión más amplia del fenómeno mórbido, deberemos aproximarnos a Cassirer (1972), quién nos advierte que “la ciencia puede avanzar más allá de esos primeros pasos solo

¹⁵⁶ Para ampliar este aspecto sería de utilidad consultar en este mismo documento la cualidad de lo psicosocial denominada impacto del diagnóstico expuesta en este mismo capítulo en la sección 3.6.1.1.a

¹⁵⁷ Consideramos importante aclarar que la subjetividad humana a la que hacemos alusión aquí se trata de la individualidad que el actuar humano porta y que a su vez hace irreplicable en estricto sentido dicho actuar respecto del resto de los miembros del grupo social. El término puede ser entendido también como subjetividad en sentido metodológico, término que hace referencia al extremo opuesto a la objetividad y en ese sentido a la variación de la predicción o universalización de un conocimiento respecto de otro individuo o grupo social. Sin duda es posible identificar un vínculo entre ambos términos pero las dimensiones a las que obedece cualquiera de las dos son diferentes y es necesario tomar en cuenta dichas diferencias.

introduciendo un nuevo parámetro, un nuevo estándar de verdad” (p.208), con el cual ir más allá. Este teórico ahonda sobre las ciencias humanas afirmando que para éstas es necesario un nuevo orden de principios lógicos, y un modelo diferente de interpretación intelectual en el cual –y en esto paralelamente a la visión de Ricoeur– el lenguaje juega un papel trascendental en el ordenamiento de las percepciones acerca de la realidad. Sin embargo el lenguaje al que se hace alusión es algo más allá del lenguaje de la ciencia objetiva y de los profesionistas que a ésta sirven; es más bien al lenguaje de aquellos quienes construyen día con día la realidad, en nuestro caso el sujeto mismo quien vive cada día en el fenómeno *Diabetes Mellitus*. Por ello cuando nos referimos a una epistemología subjetivista nos referimos a una postura que se base en la *versión de los hechos* proveniente de la subjetividad del individuo (Díaz Barriga, 1991), más que de las teorías y sistemas de pensamiento existentes, los cuales obedecen más a una tradición gnoseológica que a una versión singular proveniente del actor psicosocial, al cual es necesario acercarse para obtener de él aquello previamente supuesto (Assoun, 1998; Heidegger, 2006, 2012).

La adopción de este modelo nos permitió el acceso, más allá del plano conceptual, a la realidad planteada por cada sujeto; la cual sin duda rige su vida, dentro de un marco general en el cual intervienen elementos que han recibido una nominación específica en cada disciplina tales como elementos culturales, étnicos, médicos, sociológicos, psicológicos, históricos, económicos, políticos, educativos; pero que nosotros hemos sintetizado interdisciplinariamente en la refundación del concepto psicosocial¹⁵⁸.

El resultado de la adopción de esta perspectiva, como todo proyecto atípico, resultó inquietante, al tiempo que generó múltiples incógnitas e inconformidades en algunos de los lectores que orientaron este esfuerzo académico; pero finalmente nos ha llevado a introducirnos en una dinámica humana singularizada, que no es obstáculo para acceder a lo plural, sin traicionar la fidelidad de la palabra del sujeto, todo ello a costa de mantener apego a un criterio estandarizado metodológico.

Concediendo la inherente cuota de imperfectibilidad que a todo constructo humano debe suponersele, y adelantándonos a toda crítica posible, hemos de decir que en la adopción de esta postura epistemológica, asumimos que los resultados de su aplicación están de inicio condenados a una certeza condicionada por el tiempo y la identificación de otros elementos que aclaren

¹⁵⁸ Los diferentes aspectos de este concepto han sido trabajados de diferentes maneras en los capítulos precedentes.

mayormente el mismo fenómeno; todo ello en vista de que, de lo que aquí se trata es de observar con los ojos del investigador –externos y ajenos–, una realidad particular que dicho de alguna manera, ha sido escrita desde una experiencia vivencial irrepetible incluso para el investigador; por lo que toda conclusión posible del análisis testimonial, no será sino una aproximación fuereña, extranjera y artificial de lo que un individuo o grupo social vive; será el tiempo y otras investigaciones al respecto los que develen lo que a nuestros ojos escapó. A pesar de todo ello se trata de un logro diferente de los obtenidos por los métodos positivistas –el de las ciencias biomédicas– puesto que nos permitirá, después de nuestra intervención, un entendimiento diferente con mayores posibilidades de acceder a fragmentos de la realidad planteada por el sujeto y con ello de su grupo social.

De ello deriva que la extracción de significaciones elaborada por nosotros –el investigador– estará necesariamente matizada por nuestra experiencia vivencial única, fracaso anunciado en el esfuerzo de reconstruir exacta y precisamente la escena vivida por otro sujeto con una experiencia vivida diferente; sin lugar a dudas siempre estará abierta la posibilidad de aproximarse confirmatoriamente a los resultados en los ojos de otro investigador, cuya subjetividad tenderá a otorgar un matiz distinto a sus conclusiones.

3.2.3 Enfoque teórico y método (marco de análisis) fenomenológico

Como se ha plasmado en líneas anteriores, el planteamiento aquí presente considera que el conocimiento acerca del fenómeno *Diabetes Mellitus* se ha generado en un ambiente permisivo para los métodos positivistas y coercitivos para enfoques interpretativos (Rachel et al., 2009); los motivos de ello han sido discutidos en el apartado anterior, por ello no los mencionaremos aquí. Por otro lado, dicho conocimiento –positivista– es, a pesar de sus limitantes, uno de los diferentes planos de la verdad humana, que aunque podríamos considerarlo –talvez con un poco de injusticia, pero con utilidad para efectos de ejemplificar– en la superficie del fenómeno; a pesar de ello sin éste cualquier análisis obtendría un producto incompleto. Por el contrario, a través de un enfoque y método fenomenológico pretendimos acercarnos a los otros planos, con la diferencia de que a estos pretendemos comprender más que medir.

El reto entonces por lo consiguiente es construir, desde sus fundamentos básicos, un edificio teórico y metodológico propio, basándonos no en la historia gnoseológica de la filosofía, sino en la postura heideggeriana que concibe la finitud de la vida como elemento trascendental

en la manera de concebir la vida y actuar en ésta (Heidegger, 2006, 2012); en esa postura se agregan otros elementos que muestran una comprensión diferencial, pero dentro de un mismo marco de análisis, como la postura que concibe a la vida psíquica inconsciente, como capaz de organizar y explicar los actos irracionales –tan comunes en la condición humana–, así como la tendencia que se ubica en los límites de la inconsciencia de ocultar nuestra autoría en las acciones que no nos hacen sentir orgullosos, como el desapego a la vida moral y a la búsqueda de satisfacción placentera/pulsional. Ante estas similitudes teórico-metodológicas encontramos de gran utilidad la visión del modelo interdisciplinario, es decir a la inclusión más que a la exclusión (Morin, 1984).

Esa perspectiva fenomenológica¹⁵⁹ hizo posible el acercamiento a la vivencia del sujeto, una experiencia vivida que aunque se construye en sociedad se experimenta y apropia en condiciones de individualidad. En lo que concierne al ámbito metodológico posturas sociológicas como la de Díaz Barriga (1991), Bourdieu (2011) y Giddens (2011); psicoanalíticas como la de Lacan (2000b), David-Menard (2001), Roudinesco (2009) ; antropológicas como la de Good (2003) y Kleinman (2013; 1987), consideran –en mayor o menor medida– que la subjetividad se construye de elementos presentes en los grupos sociales y en sus prácticas cotidianas, proceso en el cual innegablemente tiene lugar también el procesos psíquicos (psicológicos) individuales. Es en este punto en el que encontramos necesario elegir una selección metodológica que pudiera hacer coincidir los discursos sociológicos, antropológicos, psicoanalíticos, e históricos presentes en los antecedentes teóricos; todo ello con la finalidad de no perder el beneficio de las observaciones y conclusiones hechas por los representantes de esas disciplinas.

En términos prácticos algunos de los participantes de este estudio encontraban extraño el intercambio experiencial de manera informal, sin cuestionarios o preguntas preestablecidas, algunos incluso propusieron solo contestar un cuestionario escrito. La búsqueda de los marcos referenciales fenomenológicos individuales fue una labor artesanal, en ocasiones las personas se referían a las sesiones de entrevista como si se tratara de cursos de capacitación sobre diabetes, pensando que se trataría, como es costumbre en el trabajo clínico biomédico en el hospital “Venustiano Carranza”, de cursos de capacitación sobre la “enfermedad”; esas mismas personas

¹⁵⁹ Lo que denominamos aquí perspectiva y no es, como lo hemos dejado claro, una visión radical que excluya ciertos elementos contemplados por algún teórico ligado a la escuela fenomenológica. En el capítulo I hemos trabajado con más detenimiento los aspectos de la visión fenomenológica de los que aquí hemos echado mano, que básicamente son la consideración de la experiencia vivida que en algún momento interactúa con la asunción de la finitud vital.

encontraron posteriormente que se trataba más bien simplemente de una charla sobre lo que es vivir. Las expresiones individuales lo manifiestan por ejemplo de la siguiente manera:

No lo sentía yo pa' nada esa enfermedad de la azúcar; y la gente que me decían, ah! si no tiene uste' azúcar como está usted de galana bien gorda, y que dice usted que tiene usted azúcar, yo comía yo. ¡Bien comía yo!. Ya ahorita a mi edad, para sus edad de ellas que están diciendo verdad, y para mi edad de yo puedo estar más vencida yo que ellas pues verdad; pues claro está que ya en ese edad de que uno tiene uno, ahí ya va atacando ya la azúcar. (Caralampia, 2013)

Una vez iniciadas las reuniones con las personas era muy fácil establecer con ellos una comunicación efectiva, puesto que la espera para identificar sus propios términos, hacía el posterior camino de la interacción sumamente fácil.

3.2.4 Técnica de entrevista a profundidad

No dudamos que en la técnica para recolección de datos para una investigación de este tipo recae buena parte de la congruencia y credibilidad del producto final; así como de la potencialidad de discernimiento de la diversidad de elementos que comprende el lenguaje humano.

Las diversas técnicas de entrevista están bien definidas en la particularidad que cada disciplina requiere de ésta. La entrevista a profundidad nos ofrece la posibilidad de introducirnos en las significaciones del sujeto, es decir nos facilita el acceso a las perspectivas, experiencias o situaciones vividas por la persona en sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 2010); a su vez nos ofrece flexibilidad, y con ello la posibilidad de hacerle adaptaciones, en la búsqueda de la precisión requerida por nuestro diseño metodológico.

Hemos escogido la entrevista a profundidad por la riqueza de elementos que han constituido su fundamento; por los alcances en su propuesta de adentrarse al terreno de la subjetividad. Coincidimos con la visión que propone la construcción del objeto de estudio como una conquista novedosa, aunque concomitante con otras líneas de pensamiento, también lo suficientemente singular para proponer una visión renovada acerca los problemas del espíritu humano; la experiencia nos ha mostrado que demanda un alto grado de dificultad acceder a la enorme singularidad de la subjetividad humana, que “aunque habitualmente se considere que se relaciona con una esfera íntima del ser humano, la subjetividad es fundamentalmente un problema social, se construye en un proceso social”(Díaz Barriga, 1991, p. 162). Proponemos pues ir en búsqueda de un objeto *ad hoc*, probablemente nombrado de otra manera en un tiempo diferente, pero que aquí tomaremos su denominación por parecernos útil. Sobre ésta haremos un

ejercicio de reconstrucción en busca de lo real; somos conscientes que “no hay que olvidar que lo real no tiene nunca la iniciativa puesto que sólo puede responder si se lo interroga”(Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2011, p. 61)

A pesar de ello encontramos, basándonos en el modelo de interdisciplinariedad, que resulta de utilidad añadir un componente extra a ese rico conjunto ya existente en la entrevista a profundidad. Por ello, en nuestra aplicación particular, hemos ejercido ciertas modificaciones como la incorporación del concepto *asociación libre*, proveniente de la clínica psicoanalítica. Recurrimos a ese concepto aplicándolo aquí como herramienta metodológica en vista de que ofrece la soltura y ausencia de guías rectoras para el curso de la interacción comunicacional¹⁶⁰; además de que la inclusión de esta herramienta enriquece ampliamente los resultados obtenidos, si tomamos en cuenta los componentes psíquicos que nuestro planteamiento epistemológico comprende. La asociación libre como concepto clínico psicoanalítico consiste en “expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado [en nuestro caso *Diabetes Mellitus*] (palabra, número, imagen de sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 35). Para ejemplificar lo expuesto acerca de la adaptación conceptual al modelo tradicional de entrevista a profundidad tenemos el siguiente ejemplo:

Investigador: haber don Julio, me gustaría hacerle una pregunta y me gustaría que usted la contestara como usted sepa, qué es el azúcar, qué es la diabetes, cómo la entiende usted, qué es.

Informante: muy descontrolado, barajustado, se siente uno que a veces la familia necesitamos que comer, necesitamos dinero, sale uno a chambear y viene uno enfermo ya muriendo, por Dios santo vengo ya muriendo ya y de esa manera me desespero mi vida ya por Dios santo. Y así está mire usted, esa es mi vida acá, bien descontrolado, por Dios, a veces siento que voy a *morir*, siento que ya no quiero *seguir viviendo*

Investigador: Lo ha llegado a sentir

Informante: Si, digo Dios mío qué puedo hacer, cómo no puede sanar mire usted, así está mire usted doctor.

Investigador: Don Julio, ahorita que acaba de decir quiero preguntarle, ¿qué opina usted de *morir*?, ¿qué opina usted de la *muerte*?

¹⁶⁰ Freud muestra que el tratamiento psicoanalítico debe iniciar con la técnica de asociación libre, refiere: “volvamos a la iniciación del tratamiento. En ocasiones se tropezará con pacientes que empiezan su cura con la desautorizadora afirmación de que no se les ocurre nada que pudieran narrar, y ello teniendo por delante, intacta, toda la historia de su vida y de su enfermedad. No se debe ceder, ni esta primera vez ni las ulteriores, a su ruego de que se les indique aquello sobre lo cual deben hablar” (Freud, 1998e, p. 138). Es posible resumir la técnica a la evitación de ineludible de proporcionar una temática sobre la cual dirigir el discurso, dando esa iniciativa al individuo con quién se dialoga.

Informante: Con esa desesperación digo yo, no sé qué hago, por Dios, siento que voy a morir de *presión*, *azúcar*, si mire usted, eso me tiene descontrolado.

Investigador: La *presión*, la *azúcar*

Informante: Si, y eso me desespera, no puedo ni trabajar. Yo pienso que el *dinero*, hay una *deuda* y pienso cómo la voy a *pagar*, cómo le voy a hacer, eso más me desespera, cuando se tiene *azúcar* más se descontrola más (PAC. Julio, 2013).

Como es posible observar se da inicio a la entrevista con una pregunta general – específicamente acerca de diabetes–y a partir de la respuesta –independientemente de cuál sea ésta– comienza a tener lugar la posibilidad de seguir el curso mediante una asociación; ésta se construye sencillamente con los elementos dados previamente. La técnica de asociación libre persigue la generación de nuevas asociaciones, basadas en la producción del habla que el individuo discurre, ello lo conduce a encontrar objetos presentes, pero anteriormente desconocidos para sí mismo (Chemama y Vandermerch, 2010). La recurrencia a una técnica tan particular como esta, obedece a que nuestro planteamiento teórico-epistemológico supone la existencia y funcionalidad de la vida psíquica inconsciente, no encontrando –a nuestro criterio– técnica que ofrezca mejores resultados bajo esos preceptos. A su vez esta técnica cae en los criterios interdisciplinarios –mencionados en el primer subtítulo de este capítulo– de invasión e interferencia entre disciplinas, por lo que confiamos en nuestro actuar y estamos seguros de no estar cayendo en un disparate o desatención de los criterios científicos básicos.

De esa manera, la entrevista a profundidad se lleva a cabo inicialmente respecto de la vivencia del sujeto frente a la *Diabetes Mellitus*; para posteriormente permitir que el habla del sujeto discorra sobre los elementos ahí expuestos por él mismo. Esta técnica prescinde de la utilización de cuestionarios, guiones de entrevista o preguntas preconcebidas bajo los preceptos del investigador. A pesar de la adaptación de la técnica clínica psicoanalítica, la cual por provenir de un ámbito distinto y de perseguir un objeto clínico deferente –poco comparable con la indagación empírica científica–, la entrevista a profundidad siguió conservando el criterio de temporalidad, es decir fue aplicada en sesiones que duraban más o menos una hora, considerando entre tres y cinco sesiones por participante; es por ello que decidimos conservar el modelo de entrevista a profundidad, adaptándola con la asociación libre y no substituyéndola con ésta¹⁶¹.

¹⁶¹ Estamos seguros de que la presencia de ambas herramientas técnicas de intervención dialógica se encuentran en un punto en el que la entrevista a profundidad comprende criterios de temporalidad como el número de sesiones que

Consideramos necesario advertir de los riesgos de la utilización de técnicas como esta en el ámbito de la investigación, en la medida de que se la asociación libre es una técnica proveniente del ámbito clínico –es decir un dominio diferente–, más no así el motivo de su aplicación que es revelar las significaciones, así como las conexiones de éstas para cada sujeto. Por ello el lector formado en disciplinas acostumbradas a encontrar sentido estricto a los términos presentes en el testimonio, bien pudiera desestimar el producto de esta aplicación; por ejemplo al obtener ante una pregunta, una respuesta discordante, cualquiera podría opinar que la respuesta no tiene que ver con la pregunta. En su lugar nuestra propuesta apunta a discriminar el sentido de la palabra del sujeto, la cual en esa lógica no tendría por qué tener una congruencia colectiva estricta o específica que satisfaga su búsqueda de significados colectivos. Dicho en pocas palabras, quien desconozca el diseño –incluido en éste la elección y adaptación de las técnicas– de la presente investigación, podría con facilidad confundirse en su ejecución y conclusiones.

En el corolario de este documento ofrecemos una reflexión con los pormenores de la utilización de esta técnica, incluyendo en ello la adaptación que para esta investigación le fue hecha; el lector interesado en seguir esos detalles podrá acudir a la sección mencionada.

La postura fenomenológica que sustenta esta investigación, será complementada por el análisis bibliográfico, respecto de la historia de la localidad estudiada, y de la cual derivan diversas formas de concebirla como región; es decir que nuestro esfuerzo de investigación a través de la obtención de testimonio de los participantes del estudio, se complementa con datos históricamente registrados.

3.2.5 Entrevista semiestructurada

La elección de esta herramienta radica en la conjunción tanto de elementos preestablecidos como no establecidos; ello en vista de que las personas a quienes se entrevistó bajo esta modalidad, eran participantes cuyo tiempo –para otorgarnos entrevista– era reducido, por lo que resultaba necesario sintetizar el cúmulo de información requerido, en un número preciso de temáticas preestablecidas. A pesar de ello también era necesario extraer de esas entrevistas el punto de vista individualizado, respecto de un trabajo similar en cada uno de ellos (Vela Peón, 2014).

debe haber para considerarla válida, a su vez que la asociación libre prescinde de ese criterio de temporalidad, pero si sigue un fuerte criterio de no-intervención en el discurso. Los dos aspectos fueron fundamentales en nuestro esfuerzo de obtención de datos.

Como se ha dicho, la utilización de este tipo de entrevista tuvo una finalidad distinta a la del modelo de entrevista anterior; ésta a diferencia, exploró un plano vivencial de segunda mano –por llamarle de alguna manera–, es decir aquello de lo que versaba la entrevista en este caso, era el trabajo que el entrevistado hacía –segunda persona–, vinculado a personas con diabetes –primera persona–; o en el caso de cronistas de la ciudad de Venustiano Carranza, se trató de conocedores de una historia no necesariamente vivenciada e incluso no directamente relacionada con el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*.

En su aplicación se realizaron siguiendo un guion preestablecido. Aun cuando en la selección de los participantes para esta modalidad de entrevista se tuvo un grupo de trabajadores del hospital rural “Venustiano Carranza” no se optó por realizar una entrevista grupal; en cambio optamos por entrevistar de manera individual a cada participante. Solo en un caso, el participante entrevistado era a su vez diabético, a pesar de ello su testimonio no se analizó en la modalidad de pacientes. Hubo solamente una negativa a la entrevista, bajo el argumento de tener poco tiempo para actividades estrictamente laborales; la persona no accedió a ser entrevistado en un horario que no fuera su turno laboral institucional. El resto del personal aceptó con gusto, y se mostró interesado en la investigación. En su gran mayoría eran antiguos compañeros de trabajo por lo que las entrevistas podían ser conducidas con fluidez con ayuda de la confianza preexistente. La totalidad de las entrevistas –en esta modalidad– tuvo lugar en el hospital, en un horario en el que la carga de trabajo era mínima; se realizó en todos los casos una entrevista única por participante.

También en el caso de los conocedores de la historia y tradiciones de la localidad, se utilizó un guión que buscaba explorar las prácticas cotidianas del poblador de la región y su vínculo con las tradiciones e historia. En el caso del primer entrevistado bajo este precepto, algunos pobladores nos informaron que había una persona que conocía muy bien la historia de la localidad, al cual la gran mayoría de los pobladores le guardaban y entregaban artículos históricos y fotografías, por considerar que él tenía ya un acervo bastante completo respecto de su actividad como cronista; el reconocimiento de su labor como cronista era de orden informal, casi todo poblador podía identificarlo con mencionar su nombre; su conocimiento era más profundo respecto de la historia del Señor del Pozo. A su vez esa persona era quien elaboraba el calendario de festividades religiosas en la ciudad y principales poblaciones vecinas. A través de él conocimos al siguiente cronista quién nos dio testimonio acerca de la festividad de la Virgen de Guadalupe, a la cual estaba vinculado organizativamente. El tercer y último cronista de la ciudad

fue una persona con reconocimiento de la Asociación de Cronistas de Chiapas, y es una persona formada especialmente en la actividad, por lo que ocupaba el cargo de cronista en el museo regional, el cual se encuentra a cargo de la Presidencia municipal. En el caso de las tres personas entrevistadas bajo este precepto, se realizó una entrevista única.

Consideramos importante aclarar que las entrevistas semiestructuradas aplicadas a cronistas de la ciudad no fueron contempladas en el análisis del *corpus* bajo la perspectiva fenomenológica, sino su elaboración tuvo como finalidad la construcción teórica de la región.

3.3 Universo de estudio

Para el caso de los participantes con *Diabetes Mellitus*¹⁶², su conjunto estuvo conformado por 20 personas. Aun cuando el diseño de nuestra investigación es, en términos generales cualitativo, damos cuenta de algunas observaciones que pudieran considerarse cuantitativas respecto de los participantes, pero que pueden ayudar a darse un panorama más amplio de las personas. Del total de 20, 17 participantes además de presentar diabetes también experimentaban hipertensión arterial (presión sanguínea alta crónica) –de éstos solo una de ellas refirió no tomar medicamentos para esa afección; de esas 17, tres eran mujeres que habían enviudado hacía más de 10 años. Para el caso de cinco personas participantes la pareja no era diabética pero era hipertensa; en un caso ambos miembros de la pareja eran tanto diabéticos como hipertensos, así como participantes.

En este grupo el proceso de selección de los sujetos tuvo como inicio el acercamiento a los grupos de capacitación, que en el hospital “Venustiano Carranza” tienen lugar mensualmente; esos talleres son denominados Grupos de pacientes crónico-degenerativos, y asisten a éste separadamente personas con *hipertensión arterial* y personas con *Diabetes Mellitus*.

Esos grupos son organizados y responsable el servicio de trabajo social del hospital “Venustiano Carranza”. En esas sesiones que tienen una duración de entre dos o tres horas, de acuerdo a la programación establecida, revisan de manera grupal temas sobre autocuidado del

¹⁶² Encontramos necesario aclarar que este término –participante(s)– es utilizado en este documento para referirnos a las personas que aceptaron “participar” como principales informantes de la investigación. La necesidad de aclararlo radica en que en otro momento hemos utilizado el término “sujeto”, que hace referencia a una entidad abstracta de orden biopsicosocial y principalmente a la naturaleza inconsciente de la subordinación de la voluntad del individuo a las mociones pulsionales o de su deseo inconsciente. Por ello el lector no deberá confundir el término sujeto que hace referencia a la cualidad psíquica inconsciente, con la participación voluntaria que cada persona optó por aceptar para ofrecer testimonio sobre su experiencia con el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*; todo ello en vista de que los contextos en que esos términos son expuestos son diferentes y podrían no coincidir.

paciente diabético, alimentación, estado de ánimo, actividad física, entre otros. Las trabajadoras sociales, tanto la Lic. Mercedes como la Lic. Judith –la primera de ellas forma parte del grupo de trabajadores entrevistados– nos autorizaron para participar en la sesión correspondiente al mes de mayo de 2013. Sesión en la cual tuvimos la oportunidad de dar a conocer nuestro proyecto de investigación a los dos grupos que ese día lluvioso sesionaron; ordinariamente llegan a conformarse tres o cuatro grupos, la fotografía 20 muestra uno de ellos. La dinámica utilizada durante esa sesión fue la presentación personal en tanto que estudiante de doctorado con los participantes –esa aclaración incluyó la comunicación acerca del hecho de que no trabajábamos más para el hospital–, algunos de los cuales eran pacientes conocidas por el tiempo que en el recinto hospitalario laboramos, aunque en su mayoría eran personas desconocidas. Presentamos a grandes rasgos la tesis, describiendo de qué se trataba e invitando abiertamente a quién quisiera participar.

Una vez terminada las sesiones, dejábamos abierta la oportunidad de acercarse a expresarnos su deseo de participar en nuestro proyecto, a lo que un buen número de personas tomó su tiempo, y aunque no se acercaban a nosotros para aceptar la invitación, tampoco dejaban el aula en que se llevaba a cabo la sesión; pocas personas se acercaban directamente, haciéndolo sólo aquellas personas que nos conocían. Aprovechamos esa oportunidad para ya en menor número sensibilizar a quienes ahí permanecían sobre los beneficios de participar en lo que habíamos propuesto; a lo que hubo en las dos ocasiones buena respuesta, pues con un simple refuerzo verbal terminó acercándose un número cercano a los veinte sujetos durante las dos sesiones.

Fue a la reunión del grupo de personas con diabetes, del día 29 de mayo de 2013, que asistimos para presentar nuestro proyecto y para invitar a quien quisiera participar.

A pesar de optar por esta vía para tener acceso a personas susceptibles de participar en esta investigación, consideramos como único requisito para ser aquí incluido, que la misma persona se refiera a sí misma como diabético (a) y sea originario o residente¹⁶³ de Venustiano Carranza. A continuación abordamos los detalles de la selección.

¹⁶³ Entendemos como residente al individuo que no habiendo nacido en la localidad habita en ésta desde hace algún tiempo considerable de manera continua. Tal es el caso de un informante que labora en el hospital y habiendo nacido en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez radica en Venustiano Carranza desde hace 20 años, se encuentra casado con una mujer de la localidad y ha visto nacer y crecer a sus tres hijos en la ciudad. Ante ello consideramos que la actitud insumisa ante la vida puede surgir del nacimiento y crecimiento del individuo en la localidad, pero también de sujetos adultos que habiendo llegado a residir de otra población a Carranza han apropiado los elementos



Fotografía 25. Grupo de sujetos durante entrevista de discusión grupal. De izquierda a derecha Julio, Martha, Gloria y Caralampia.

Por otro lado durante la ejecución de la primera sesión grupal, el grupo de tres personas con quienes teníamos programada la entrevista, invitó a la pareja de una de ellas. De esa manera don Julio, quién también asiste periódicamente a consulta médica al hospital Venustiano Carranza, a pesar de no haber asistido a los grupos de capacitación en los que concertamos las primeras entrevistas, se incorporó y permaneció en la actividad durante el resto de entrevistas.

De la misma forma como don Julio se incorporó al primer grupo establecido, hemos podido encontrar otros sujetos. Tal es el caso de don José Vladimir, quién tuvo la amabilidad de otorgarnos una entrevista respecto de los mitos y leyendas de la localidad, y durante esa entrevista manifestó ser diabético, además de agrado por participar en nuestro proyecto, con el afán de nuestros hallazgos tuvieran algún beneficio en quienes padecen la enfermedad, así como a sí mismo. Bajo una primera observación metodológica detalles como estos podrían parecer debilidades metodológicas, talvez sea así si los observamos bajo una óptica metodológica rígida y poco flexible; no así si, como lo hemos mencionado desde las primeras líneas de este capítulo, flexibilizamos los criterios al grado de mantener los requerimientos mínimos necesarios. Como el caso de Julio y José Vladimir, consideramos que su presencia en nuestro universo de estudio obedece a los criterios básicos, individuos con *Diabetes Mellitus* y originarios y/o residentes –por

psicosociales que caracterizan el actuar insumiso, y con ello la posibilidad de manifestar constructivamente el fenómeno biopsicosocial *Diabetes Mellitus*.

algún tiempo– de la cabecera municipal de Venustiano Carranza. No dejamos de confiar en que en esos atisbos de espontaneidad frente a la presencia y disponibilidad de personas interesadas no lesiona sino un criterio ortodoxo, no así a un criterio dispuesto a ir más allá de lo establecido.

A continuación presentamos el listado de personas quienes aceptaron participar en nuestro proyecto, además de ser entrevistadas. Por motivos de discrecionalidad ofrecemos un nombre substitutivo a cada uno, guardando la identidad verdadera en el anonimato. Ofrecemos también algunos datos para contextualizar las actividades en las que cada uno de ellos se desenvuelve en la localidad.

Gloria: Mujer de 50 años que ha vivido la mayor parte de su vida en la localidad; trabajó durante su etapa laboral como empleada doméstica tanto en la localidad como en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Se dedica al hogar, además de cuidar de su madre quien no puede valerse por sí misma.

Caralampia: Mujer de 65 años originaria y residente de la localidad; ella y su pareja se dedicaron a la agricultura y al comercio de maíz. Actualmente es propietaria de una pequeña tienda de abarrotes la cual se ubica en su mismo domicilio.

Manuel: Hombre de 67 años, originario y residente de la localidad, carpintero de oficio, hijo de un ejecutante de marimba. Sus últimos años se dedicó a la política; actualmente en el retiro.

Eleazar: Hombre de 32 años, originario y residente de la localidad. Trabajador del hospital “Venustiano Carranza”, hijo a su vez de otro trabajador. Se desempeña como auxiliar de servicios que van desde la limpieza, lavandería, elaboración de alimentos, y conducción de vehículos oficiales.

Martha: Mujer de 53 años, originaria y residente de la localidad, se ha desempeñado como empleada doméstica y en trabajos ocasionales como en la elaboración de alimentos tradicionales (botanas) para festejos.

Julio: Hombre de 45 años, originario y residente de la localidad, se ha desempeñado durante su vida como chofer de vehículos de transporte principalmente de maíz.

José Vladimir: Hombre de 58 años, originario y residente de la localidad; carpintero de oficio y profesor del taller de carpintería de la escuela secundaria de la localidad. Actualmente jubilado.

Rosalinda: Mujer de 52 años, viuda. Originaria y residente de la localidad; se dedicó al hogar durante su vida, actualmente tiene una pequeña tienda de abarrotes en su propio domicilio.

María Candelaria: Mujer de 35 años, originaria y residente de la localidad. Ha laborado como empleada doméstica desde joven y actualmente vende fruta de temporada, procesada para su consumo inmediato.

María Teresa: Mujer de 50 años, originaria y residente de la localidad. Se dedicó toda su vida a las labores del hogar.

Isabel: Mujer de 48 años, originaria y residente de la localidad. Se dedicó toda su vida a las labores del hogar y en algún tiempo al comercio ocasional de alimentos (tamales).

Lucrecia: Mujer de 62 años, originaria y residente de la localidad. Dedicada toda su vida a las labores del hogar y al comercio de alimentos preparados.

Josefina: Mujer de 58 años, originaria y residente de la localidad. Dedicada durante su vida a las labores del hogar.

Domingo: Hombre de 57 años, originario y residente de la localidad. Dedicado durante su vida a la agricultura.

Roberto: Hombre de 53 años, originario y residente de la localidad. Dedicado durante su vida a la agricultura y a la albañilería.

Magdalena: Mujer de 56 años, originaria y residente de la localidad. Dedicada durante su vida a la venta de carne de pollo.

Carmen: mujer de 47 años, originaria y residente de la localidad. Dedicada durante su vida a las labores del hogar.

Guadalupe: Mujer de 57 años, originaria y residente de la localidad. Trabajadora del hospital “Venustiano Carranza” en el que se desempeña como enfermera

Noé: Hombre de 52 años, originario y residente de la localidad. Trabajador del hospital “Venustiano Carranza”, se desempeña como auxiliar de servicios.

Julio T.: Hombre de 43 años, originario de Tuxtla Gutiérrez, residente en la localidad por cerca de 20 años. Trabajador del hospital “Venustiano Carranza”, se desempeña como técnico en conservación.

Tuvimos también oportunidad de realizar entrevistas a personas que independientemente de padecer *Diabetes Mellitus* fueron seleccionadas en este grupo por la labor que desempeñan en el hospital con pacientes diabéticos. Presentamos un listado del personal de la institución a quienes se ha entrevistado.

Dr. Adrián Manuel: Médico residente de la especialidad de Medicina interna, originario de Yucatán, residente en la localidad por cinco meses al momento de la entrevista.

Lic. Mercedes: Trabajadora social del hospital, originaria de Tonalá, Chiapas y residente en la localidad durante alrededor de 17 años.

PAC¹⁶⁴. Julio Díaz: Promotor de Acción Comunitaria del hospital, originario de San Cristóbal de Las Casas y residente en la localidad durante alrededor de 17 años.

Lic. José Luis: Nutriólogo del hospital, originario y residente de la localidad.

Dra. Mariana Gutiérrez: Médico residente de la especialidad de Epidemiología, originaria de la Ciudad de México y residente en la localidad por al menos cinco meses al momento de la entrevista.

Dr. Chiñas: Médico epidemiólogo adscrito al hospital –jubilado de su cargo desde el año 2011, originario del estado de Oaxaca y residente en la localidad por aproximadamente 10 años.

3.3.1 Recolección de información

Todas las entrevistas, sin importar modalidad de ésta, fueron hechas en la cabecera municipal de Venustiano Carranza; éstas fueron agendadas y realizadas siguiendo el acomodo temporal que las mismas personas proporcionaban; nosotros proponíamos como indicación inicial que dichos encuentros podían tener lugar el día y hora que ellos mismos decidieran, con el afán de no entorpecer sus actividades laborales o domésticas cotidianas, o de afectar el libre curso de las entrevistas por la premura de tiempo. También se dejó a elección de los mismos entrevistados la opción de elegir el lugar en que se haría la entrevista, teniendo la posibilidad de ser en un espacio facilitado dentro del hospital, en nuestro domicilio particular, o en su propio domicilio. Solo en el caso de tres participantes con diabetes, quienes eran trabajadores del hospital, eligieron su lugar de trabajo para la realización de las entrevistas, siendo éstas en fines de semana –días laborables en los que el personal directivo no se encuentra presente– en horario matutino en el que ordinariamente no hay cargas de trabajo exigentes, o pueden acomodar éstas de manera diferente a las rutinas de lunes a viernes. También fue el caso de una participante que labora de manera informal a las afueras de la clínica y cuya labor es la comercialización de frutas frescas; ella solicitó que sus entrevistas fueran en su lugar de trabajo, para poder observar mientras sus hijas

¹⁶⁴ Promotor de Acción Comunitaria, esta persona tiene a su cargo la interrelación de los lineamientos operativos del programa con las familias del Programa IMSS-Oportunidades, por lo que su función está ligada tanto a las personas como a la institución.

vendían mientras ella era entrevistada. Fuera de éstos, en ninguno otro caso se eligió un lugar diferente y el resto de las entrevistas tuvieron lugar en el domicilio particular de cada participante; siendo principalmente los fines de semana y algunos en días feriados no laborables. Siendo algunas por la mañana y la gran mayoría por la tarde. En múltiples ocasiones asistimos a la cita acordada para la realización de la entrevista, sin que hayamos podido encontrar a las personas en el lugar acordado; los motivos por los que se encontraban ausentes eran porque habían tenido que ausentarse para hacer compras en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, en la misma ciudad de Venustiano Carranza y en dos ocasiones porque el participante había asistido a una fiesta.

En el diseño inicial contemplamos la aplicación de una entrevista o discusión grupal, con el afán de contrastar los contenidos de la entrevista grupal, con los contenidos de las entrevistas individuales. El criterio de formación de los grupos era basado en la cercanía de los domicilios particulares, ello con el afán de hacer más factible la asistencia teniendo que trasladarse lo menos posible –teniendo con ello un ahorro en tiempo y dinero–. La primera entrevista grupal tuvo lugar sin contratiempo alguno, el día 16 de septiembre de 2013, y transcurrió con normalidad una hora y nueve segundos. Sin embargo en los siguientes intentos por formar los grupos para realizar las discusiones grupales, comenzaron a surgir inconvenientes; resultaba conflictivo llegar a un acuerdo sobre el espacio y sobre el tiempo. El segundo grupo que pretendimos reunir argumentó con imprecisión indisposición de tiempo para la actividad grupal, mientras que el último manifestó con sinceridad que alguna de las personas inscritas en el grupo en el que se discutiría grupalmente, no era persona grata para ellos por conflictos personales ocurridos en otro tiempo. Ante ello, surgieron infinidad de propuestas de modificación de lugar y tiempo para la realización de la discusión grupal, pero ante las propuestas de cambio, los participantes que habían propuesto inicialmente lugar y hora estaban en desacuerdo con la modificación y se negaban a asistir por considerarse agraviados. Después de la primera discusión grupal transcurrida sin inconveniente, no pudimos reunir más que a un grupo, al que asistieron solo dos personas –de cuatro que originalmente se acordaba–, con quienes realizamos la discusión grupal. Considerando ello un hallazgo, decidimos que la utilización de la discusión grupal no era una herramienta de la cual podríamos disponer, por los problemas conflictuales preexistentes en las personas que dificultaban las reuniones.

Respecto de la duración de las entrevistas en ningún momento establecimos un tiempo mínimo, en cambio consideramos que la duración máxima no debía exceder más o menos una hora. A pesar de ello la gran mayoría de las entrevistas excedieron ese tiempo sin que esto hubiera sido algo premeditado, sino que la revisión de las temáticas a las que conducía requerían ese tiempo para completarse.

3.3.2 Herramienta

Para la totalidad de las entrevistas utilizamos una grabadora de audio en formato mp3, marca Sony; todo el tiempo grabamos las entrevistas previa autorización del participante. La solicitud del permiso para grabar fue todo el tiempo bajo el argumento de que lo que se dijera en la entrevista –tanto por parte de ellos como de nosotros– tendría que ser escuchado detenidamente con posterioridad, y de no grabar la entrevista sería poco útil. En la gran mayoría de los participantes se observaba una ligera sorpresa al solicitar la grabación; pero con el transcurrir de la entrevista se disolvía la percepción de nerviosismo. Algunas personas no dudaron en preguntarnos, teniendo la certeza de que grabaríamos, sobre qué exactamente debían contestar o decir; a lo que siempre contestamos que lo único que debían contestar era su opinión –sin tener para ello que pensar demasiado–, lo que ellos creían que era la respuesta. Tratamos siempre de racionalizar el nerviosismo, explicándoles que sus respuestas no tendrían calificación, o utilizando el argumento de que, fuera cual fuera su respuesta no podría ser buena o mala, simplemente sería su forma de vivir, sin que ésta resultara correcta o incorrecta. El fenómeno de nerviosismo pudo ser observado únicamente en las primeras entrevistas, siendo para las consecuentes algo mecánico la postura del equipo y el transcurrir de los encuentros. En el aspecto ético también le explicamos todo el tiempo a cada participante que en caso de necesitar utilizar un fragmento de entrevista para nuestro documento, el nombre de la persona sería substituido, hecho por el cual nadie podría identificar su verdadera identidad; respecto de ese aspecto en ninguna ocasión hubo observación o protesta alguna.

Dos de los participantes, una mujer y un hombre habían sido nuestros pacientes –en tratamiento bajo modalidad de psicoterapia– en el tiempo en que laboramos en el hospital; por lo que con ellos había una cierta confianza que se observaba desde el inicio de las entrevistas respecto de las personas que recién nos conocían. Cuatro de los participantes eran trabajadores del hospital, –uno de ellos fue incorporado de última hora en vista de que se trataba de la persona

más joven de la que tuvimos conocimiento con diabetes, y su diagnóstico tenía al momento de la entrevista escasos meses—; ocupando dos de ellos la categoría laboral de auxiliar de servicios generales con funciones de manejo de vehículos automotores oficiales (limpieza y chofer), y una de ellas auxiliar de enfermería y uno de ellos técnico en conservación. Para el caso de esas cuatro personas, el vínculo afectivo previo a las entrevistas nunca fue estrecho, éste se había mantenido siempre en niveles de compañerismo laboral; durante ese tiempo para el caso de uno de ellos, en una ocasión solicitó consulta psicológica de nuestra parte, pero el tratamiento se vio interrumpido al ausentarse sin explicación alguna de sus citas, sin que ello hubiera afectado la comunicación interpersonal laboral.

Solo en el caso de una persona acordó que realizaríamos las entrevistas, pero estando cerca la fecha en que se llevarían a cabo nos comunicó que no participaría, argumentando que su pareja se encontraba delicada de salud por lo que debía dedicar tiempo a su cuidado. Haciendo un esfuerzo por flexibilizar las circunstancias, ofrecimos sujetarnos a la disponibilidad de tiempo que ella tuviera disponible, siendo incluso posible que la entrevistáramos mientras realizaba alguna función cotidiana, como cocinar o hacer aseo; pero no hubo una respuesta favorable, por lo que ese participante nunca pudo ser entrevistado. Había cierto interés en personas como ella porque se trataba de una mujer cuya pareja también era diabético, y aunque éste último no iba a participar en la investigación, considerábamos su testimonio doblemente valioso.

3.4. Observación cotidiana y Diario de campo

Hemos expuesto en otro momento que aquello que motivó esta investigación fueron las observaciones hechas durante nuestro periodo laboral —del 15 de agosto de 2005 al 31 de diciembre de 2011, con algunos periodos sin contratación no mayores a un mes— en el Hospital Rural “Venustiano Carranza”. Razón por la cual también residimos en la localidad. Nuestra presencia permanente en la localidad, permitió que tuviéramos acceso a múltiples vicisitudes comportamentales, a las que solo se tiene acceso conviviendo con las personas cotidianamente de manera informal. En lo que a este investigador en formación compete, tuvo la oportunidad de que sus hijos asistieran a clases en escuelas de la localidad, lo que acercaba la opinión de la población a través de la convivencia de nuestros hijos, con quienes todo el tiempo dialogábamos sobre las diferencias en modos de pensar y vivir respecto de poblaciones como Comitán —ciudad de origen de mi pareja—, o Tapachula —donde reside mi familia de origen—.

Esa facilidad para acceder a un panorama general de la población facilitó, una vez iniciada la investigación, la escritura de un diario de campo. En este se registraron eventualidades vinculadas a los sujetos y a la población en general. En vista de que esta investigación comprende en alguna medida el análisis actitudinal y comportamental de la población, nos dimos a la tarea de registrar cada detalle relacionado con la interacción entre instituciones –Casa del Pueblo y Presidencia Municipal; Casa del Pueblo y población; Casa del Pueblo y Hospital; Presidencia Municipal y Hospital– de las que teníamos conocimiento, así como entre individuos, etc. En ocasiones mientras viajábamos hacia la ciudad de Tuxtla Gutiérrez o regresábamos de ésta, podíamos escuchar en el transporte público las conversaciones de los pasajeros e incluso de fotografiar eventualidades relacionadas con la población y sus procesos sociales; ese contacto e intercambio cotidiano e informal, nos ayudó a ir construyendo, basándonos en los registros bibliográficos y las observaciones, las propuestas teóricas que hemos presentado a su vez que nos ofrece la posibilidad de corroborar lo que los sujetos refieren en sus testimonios.

3.6. Análisis de datos

Éste se ha hecho siguiendo un método analítico que podría ubicarse entre los linderos de la antropología médica y el psicoanálisis, específicamente de las narrativas del padecimiento y de la interpretación psicoanalítica. Se ha buscado, antes que nada, preservar los principios filosóficos que sustentan la propuesta metodológica; es decir dar voz al sujeto, por sobre la teoría o el método. Diferencialmente decidimos no utilizar el método cualitativo que fundamenta su aplicación, sobre los criterios de objetividad-confirmabilidad (González-Rey, 2007), a pesar de haber tenido cercanía práctica con éste, en vista de que consideramos el tratamiento que los datos reciben, no hacen sino borrar la voz individual en busca de una recurrencia, todo ello en detrimento de la emergencia de la realidad planteada por el sujeto mismo, tomando entre éstas todo el abanico posible de elementos presentes en el testimonio.

Por el contrario partimos en todo momento de los principios generales que emanan del conocimiento científico que concibe la existencia humana como directamente influenciada por una vida psíquica inconsciente, la cual influye incuestionablemente en el actuar humano, lo cual se ve reflejado en su lenguaje y con particularidad en su palabra¹⁶⁵. Dicho de otra manera nuestro

¹⁶⁵ La diferenciación entre lenguaje y palabra, así como la del concepto de psiquismo inconsciente, se discuten detenidamente en el capítulo I. subtítulo 1.3.3.

análisis de datos no pretende generalizar sus resultados en los términos tradicionales de identificación testimonial, por el contrario parte de que los individuos poseen una individualidad con elementos generales idénticos, como lo son la existencia de una vida psíquica inconsciente y una elaboración biopsicosocial única por efecto de esos elementos generales.

3.6.1 Cualidades analíticas de lo psicosocial emanadas del análisis testimonial (Tiempo y espacio como condicionantes de lo psicosocial)

A continuación ofrecemos las cualidades psicosociales emanadas del testimonio de los participantes. Decidimos presentarlas en este capítulo ya que consideramos que, precisamente son fruto de la estrategia metodológica, que singularmente fue construida para este estudio; por ello ofrecemos un apartado en el que tratamos de matizar las condiciones teórico-prácticas en las que se fueron suponiendo¹⁶⁶ inicialmente, y construyendo en el contexto conceptual que el estudio permitió. Confiamos en que esta contextualización ayudará al lector a comprender con mayor amplitud dichas cualidades, en la medida en que ofrece testimonio del trabajo del investigador, en el proceso de apropiación de los elementos con que éste se iba encontrando.

Por otro lado estas categorías analíticas fueron nombradas doblemente, por ello se observará dos denominaciones separadas por una línea diagonal; dicha duplicidad obedece a que fines explicativos. La primera denominación obedece a una cierta frecuencia imperfecta en los testimonios de la totalidad de los participantes; imperfecta porque no se trata de términos o palabras que dichos actores utilicen con frecuencia o regularidad, sino que son puntos terminológicos que cada uno de ellos utiliza en contextos diversos, pero cuya presencia se encuentra presente; dicha denominación obedece a una especie de tradición que el trabajo de campo antropológico muestra –al menos en lo que a nuestra experiencia respecta–. Por otro lado, la segunda denominación de dichas cualidades analíticas obedece a la trayectoria evolutiva conceptual, que en este mismo trabajo hemos construido durante los dos capítulos iniciales, y con el afán de no perder la continuidad terminológica, decidimos nombrar también cada cualidad psicosocial con el término que define su trayectoria dentro de nuestra lógica teórico-epistemológica; dicha denominación obedece a una tradición del trabajo clínico psicoanalítico en

¹⁶⁶ Confiamos en que la sección 2.3, en la que se da testimonio personal-profesional de nuestro paso por la región, servirá también como contextualización de las condiciones en que se fueron dando estas cualidades psicosociales, ello en la medida en que se trata ahí de dar testimonio de las impresiones que el contacto que tuvo este investigador con las personas y los elementos socioculturales de la región de estudio.

el que las nominaciones obedecen a la función que desempeñan. De tal manera que aun cuando dicha doble denominación puede confundir al lector por la presencia de los dos términos, también es cierto que la tesis podrá ser leída, dependiendo del lector, desde el entendimiento de una tradición antropológica o desde una filosófico-psicoanalítica.

3.6.1.1 Proceso de construcción de las cualidades analíticas de lo psicosocial

La creación de estas cualidades es fruto de un largo proceso que dio inicio con la idea de estudiar la *Diabetes Mellitus* desde una óptica más amplia y diversa. Todo ello tuvo lugar, sin duda, tanto en los recorridos del “equipo de salud” –del que formamos parte– por las camas hospitalarias, como en el consultorio de psicología, del cual fuimos titulares durante nuestro periodo laboral en esa misma institución hospitalaria. Estuvieron presentes también, y participaron en el proceso de construcción, las observaciones que pudimos hacer mientras llegamos a la localidad, la convivencia con las personas, y la participación en buena parte de las prácticas cotidianas a la que simplemente podemos llamar: la vida cotidiana de sus pobladores¹⁶⁷. En el contacto con esos elementos fuimos sospechando, inicialmente de manera informal que la versión oficial, es decir, la explicación biomédica del porqué del fenómeno mórbido se quedaba corta. Posteriormente, mientras nos adentrábamos al terreno académico y de investigación formal, fuimos utilizando esos elementos –observaciones, recuerdos, fragmentos mnémicos de casos clínicos, experiencias propias en la localidad–, para luego cruzarlos con los conceptos teórico-epistemológicos que nos fuimos encontrando en el proceso formativo como investigador.

De esa manera, y una vez que tuvimos oportunidad de contar con un *corpus* testimonial, nos dimos a la tarea de *escuchar* minuciosamente cada una de las entrevistas, de forma muy similar a la manera en que indica la técnica de psicoanálisis; es decir con la finalidad de escuchar tanto el contenido verbal como el objeto –el otro sentido, el sentido inconsciente– de ésta¹⁶⁸. Cualquiera podría imaginar que nos referimos a la escucha de las grabaciones que tuvo la

¹⁶⁷ Denominamos de esa manera a la experiencia insustituible que se tiene al contacto con los elementos propios de una localidad; algunos tan apropiados como el color de la tierra, el talante de los individuos con los que cualquier persona puede cruzarse en las calles en un día común o la vegetación oriunda; hasta detalles muy particulares como lo son el testimonio informal de individuos originarios de la localidad (compañeros de trabajo o vecinos) que narran con orgullo y emoción los triunfos de la defensa comunera ante el ejército durante los años difíciles para la localidad en los años 70. Todos estos componentes no se encuentran en literatura alguna a la manera en que un individuo pudiera apropiarse de ellos, más que viviéndolos.

¹⁶⁸ Para profundizar en esta diferencia es posible consultar el Capítulo I en el que se aborda la diferencia entre el lenguaje, y la palabra. La escucha, desde esta particular perspectiva se orienta a la búsqueda de la palabra en el matiz del lenguaje, algo poco utilizado en otros contextos académicos.

finalidad de transcribirlas, sin embargo consideramos que éste no fue sino un proceso meramente mecánico, que no hizo sino enfatizar la presencia de los elementos que habían sido ya identificados en las sesiones –exclusivas– de escucha previas; para nosotros la lectura de las transcripciones tuvo una finalidad casi exclusivamente administrativa¹⁶⁹, puesto que aquello que nos sirvió de tamiz discriminatorio de lo que a continuación se expondrá como categorías de análisis, fue *la escucha* del discurso obtenido en la mayor libertad posible para los participantes. Se trata, para el caso de estas *cualidades psicosociales*, en otros términos de una especie de sutiles puntos cromáticos que fueron apareciendo cuando contábamos con la experiencia etnográfica, el conocimiento teórico, así como con los testimonios.

No dudamos ni por un momento que nuestra experiencia individual, es decir nuestra cualidad psíquica en tanto que sujetos en falta, nos brindó la oportunidad de identificar a través de nuestra propia experiencia, aquellos puntos que en los que el otro –sujetos en la otredad– son objeto de manifestación de sufrimiento, dolor, añoranza, expresión e identidad; y que a su vez forman parte de la ruta particular que, para cada individuo adoptaron sus cualidades psíquicas¹⁷⁰. De alguna manera el investigador colabora con los momentos y los puntos precisos de inflexión en los cuales, la invitación a asociar –como parte del concepto asociación libre– durante la entrevista, incita al entrevistado a tomar palabra asociativamente de lo que previamente ha dicho, todo ello en el afán de profundizar en su testimonio¹⁷¹.

Dicho con sencillez, estamos seguros de que los años de vivencia, observación y escucha de aquello que llevaba a las personas a consultarnos profesionalmente, fueron imprescindibles en el proceso creativo del que hoy surgen estas ideas. Es verdad que no todos los pacientes o personas, que en algún momento atendimos profesionalmente o con los cuales convivimos,

¹⁶⁹ Es decir fue útil en la medida en que sirvió para identificar los fragmentos que utilizaríamos para sustentar los análisis testimoniales y para ordenar cronológicamente la emergencia de los contenidos que se habían identificado previamente en el proceso de escucha minuciosa.

¹⁷⁰ Consideramos de extrema importancia tomar en cuenta este aspecto puesto que no debemos jamás olvidar tomar en cuenta que toda investigación está realizada por individuos que prestan su individualidad para hacer posible cualquier entendimiento de la realidad que se estudia; es decir que por más esfuerzo de objetividad en toda investigación será necesario suponer también la correspondiente dosis de subjetividad; de lo contrario no estaríamos aspirando sino a construir una conjunción mecánica de ideas, con mucha lógica y poco sentido –de ahí que este documento contenga más de una sección en que puede encontrarse la opinión y experiencia personal cuerpo de contextualización del ámbito teórico-epistemológico–. Encontramos que un buen ejemplo de lo que acabamos de exponer es *La muerte sin llanto* (Scheper-Hughes, 1997).

¹⁷¹ Este aspecto puede ser objeto de discusión y polémica en vista de que los puntos precisos de incitación a asociar pueden variar en la opinión de un investigador a otro en vista de que se trata de sujetos en falta con un bagaje histórico-psíquico diferente. Este punto se discute también en el Corolario de este documento, a manera de reflexión final.

fueron diabéticos, pero en el contacto con éstos pudimos darnos una idea del sentir particular que alimenta el alma de las personas en la localidad, y que en esa medida pueden ser considerados, componentes contextuales en la formación de procesos mórbidos, todo ello en individuos pertenecientes a esta región de estudio.

En la medida en que estos componentes teóricos proceden de la aplicación de la estrategia metodológica previamente expuesta, los damos a conocer aquí para introducirlos y ofrecer herramientas al lector, con las cuales discriminar el análisis que posteriormente se expone. En alguna medida el recorrido hecho hasta este punto, nos ha permitido conocer el contexto de lo psicosocial, a partir de este momento mostraremos las diferentes rutas que puede tomar en su proceso de estructuración individual; así como la posibilidad de discriminar la aplicación de la estrategia metodológica. El conocimiento de esas rutas nos permitirá hacer una aproximación acerca de la trayectoria que un proceso mórbido, como el que aquí nos convoca, podría seguir en su instauración.

Tenemos así entonces 5 procesos, que bien podrían ser considerados cualidades o constituyentes de lo psicosocial; como podrá notarse se encuentran presentes en ellos elementos de la interdisciplinariedad convocada en esta investigación. Esos elementos pueden ser filosóficos, antropológicos, sociológicos, históricos, psicológicos, económicos, etcétera.

Es imperativo dejar en claro que estas dimensiones temáticas tienen como origen los hallazgos del trabajo de campo, y que vienen a complementar el desarrollo analítico de orden epistemológico, teórico e incluso metodológico. Por ello no deberán ser ubicadas en un tiempo previo a la exploración de campo, sino como resultado de ésta, y están aquí presentes en vista que consideramos que este es el lugar idóneo para darlas a conocer. Por otro lado, en la medida en que se trata de hallazgos, no se encontrarán en éstos referencia bibliográfica alguna.

3.6.1.1.a Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus

Nuestra informante Gloria, refirió que nunca se enteró por su sintomatología que tenía diabetes, hasta que accidentalmente le comunicaron que los niveles de azúcar en su sangre eran elevados, en ese momento y después de estudios biomédicos complementarios, *se dio cuenta*, de aquello que su misma existencia había construido. Su corporalidad biológica había sido, hasta ese momento, solo una especie de herramienta de trabajo para responder a una responsabilidad con la

otredad, sus hijas¹⁷²; de hallazgos como éste emana la nominación inicial de esta cualidad psicosocial.

Este componente permite observar el momento en el que el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus* entra en escena, es decir en contacto con la individualidad del sujeto. Aun cuando lo psicosocial no da inicio en el momento en que el individuo recibe el diagnóstico biomédico, sino previamente¹⁷³, ejerce un efecto que nos es útil en el proceso de dilucidación de la existencia biopsicosocial. Es por ello que aun cuando el *Darse cuenta /Impacto del diagnóstico* no es un constructo inherentemente biopsicosocial –es decir no se encontrará en la realidad biopsicosocial de sujetos sin diabetes–, tiene efecto en éste y en esa medida es de nuestro interés.

En este procedimiento hay un encuentro de la realidad macrosocial, de la cual provienen las tendencias o modalidades científicas vigentes, con el sujeto; en los procedimientos estandarizados de diagnóstico y atención médica se encuentra la impronta de las instituciones internacionales a través de las cuales, como hemos visto, se autoriza –jurídica y políticamente– a una disciplina científica como la visión oficial, a través de la cual intervenir en la población demandante de servicios de atención a la salud. El visto bueno de los diversos niveles institucionales –OMS, FID, Secretaría de Salud, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)– permite la gradual introducción de los ideales científicos biomédicos como conocimientos válidos y eficaces. Su difusión o popularización correrá, no exclusiva pero si principalmente, a cargo de las instituciones de naturaleza privada, quienes invierten grandes sumas de recursos todo ello a la espera de recuperarlo a través del éxito comercial. La presencia de estos conocimientos en el ámbito social irá gradualmente permeando en la cultura popular.

También en este proceso tiene lugar una alineación de la capacidad racional humana con el conjunto de fenómenos que acontecen en el individuo incluyendo en ello su configuración única; de ese encuentro se produce una conceptualización para cada sujeto en particular tanto acerca del fenómeno mórbido recién llegado, como de la vida misma. La experiencia vivida a lo largo de la existencia del sujeto, va adquiriendo nuevos matices de significado con la asociación

¹⁷² Los detalles de esta argumentación pueden encontrarse en el capítulo de análisis de los testimonios de personas con diabetes, en el caso del testimonio de Gloria.

¹⁷³ inicia desde el momento en que la pareja, portadora a la vez de una existencia biopsicosocial, entra en contacto en diversos planos de una dimensión compleja. Esos planos pueden ir desde una dimensión económica, afectiva, social, etcétera; los cuales llevan al contacto físico que pasará por la fecundación y el nacimiento de un nuevo ser biológico. Desde ese punto en el tiempo lo psicosocial comenzará a moldear las respuestas del organismo biológico.

que esos elementos vivenciales van alcanzando interactiva, y gradualmente en el curso de su historia individual; la participación de la trayectoria vital en el proceso comprende los ámbitos cotidianos de los aspectos doméstico, laboral, familiar, político, sociocultural, etcétera –en cierta medida sociales–. La intelección de este primer plano de acontecimientos cotidianos o primer conjunto de elementos nos permite identificar una especie de elemento base o de materia prima, a partir de los cuales concebir la experiencia –también– vivida, la que a su vez nos permite dilucidar la llegada o formación del fenómeno mórbido.

El momento en que se incorpora el fenómeno a la existencia del sujeto es a través de la intervención de la institución, principal pero no exclusivamente biomédica; el sujeto, inmerso en la dimensión institucional, está habituado previo a su encuentro con ésta en la medida en que dichas instituciones son las que hacen posible una vida sociocultural¹⁷⁴.

La institución juega un papel primordial en este proceso psicosocial, ya que si no todos, al menos buena parte de los individuos en la localidad recurren a alguna institución con el afán de atender su fenomenología mórbida; no dudamos en que la figura institucional puede comprender diversos ámbitos socioculturales como por ejemplo diversas prácticas médicas¹⁷⁵. A pesar de ello consideramos que el peso que la institución biomédica ha ejercido sobre la población es enorme, al grado que marca con gran fuerza la intelección autoperceptiva del individuo involucrado en un proceso mórbido. Más aún cuando los individuos forman parte de una familia adscrita a programas sociales gubernamentales como IMSS-Oportunidades, con sistemas especializados de adscripción, transferencia económica y difusión de información¹⁷⁶. El planteamiento de esta investigación comprende una mirada interdisciplinaria del usuario del hospital “Venustiano Carranza”; en esa medida comprendemos que el diagnóstico y las consecuencias que ello trae en el sujeto, son trascendentales para una posible reconstrucción de hechos, concerniente a los aspectos psicosociales previos y posteriores a ese diagnóstico. Cada sujeto que es inscrito en el Programa gubernamental es a su vez atrapado en una especie de red significativa biomédica; se

¹⁷⁴ El sujeto es objeto de la presencia institucional desde el momento en que responde a un nombre propio, a una familia, a una comunidad, a una escuela, desde el momento en que está adscrito a un servicio médico, a un partido político, a una organización campesina, a una religión, etc.

¹⁷⁵ Ejemplo de ello es que buena parte de los diabéticos conjuga la terapéutica biomédica con terapéutica herbolaria.

¹⁷⁶ Aun cuando diversos estudios han mostrado que esos programas están lejos de modificar esencialmente la idiosincrasia de la población, también muestran que su presencia ejerce una influencia real sobre las prácticas cotidianas en la medida en que la transferencia económica que comprende el apego a los requerimientos del programa es de gran ayuda a la escases económica común en las poblaciones a quienes va dirigido.

vuelve en alguna medida portador de su mensaje ideológico, consciente o no de ello participa en la dinámica institucional en menor o en mayor medida.

Una vez que el individuo debuta con diabetes y recibe el diagnóstico, en alguna medida comienza un proceso de tensión obligatoria con la institución –proceso tensivo para nada desconocido para el sujeto en vista de que todo sujeto en alguna medida es desdeñado por el ideal general institucional–; en nuestro caso particular la pena por no apearse a las prácticas que el discurso biomédico promueve es la experiencia de sufrimiento a la que se acude por cuenta de la sintomatología causada por la descompensación glucémica¹⁷⁷. No es necesario asistir cotidianamente a consulta en el hospital para participar de esa red ideológica biomédica, solo es necesario conversar con otras personas para entrar en la trama semántica –y con ello significativo– de una creciente realidad epidemiológica mórbida, entre ellas el creciente fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*; más aún, solo es necesario encender el televisor para encontrarse con invitaciones a participar de los cómodos beneficios de la medicalización farmacológica de la vida cotidiana y de la promesa de una vida sin malestar.

En un esfuerzo comparativo conceptual identificamos en esta primera categoría la presencia de lo que llamamos –en capítulos anteriores– Introducción del poder en el cuerpo; es decir la apropiación de una voluntad institucional cuyo objetivo está cifrado en los mismos términos que los ideales de esa institución indican. Bajo una bandera de bienestar, salud-vida, el sujeto es institucionalmente guiado, o de alguna manera empujado a apropiarse de un saber científico previamente colonizado por instancias de poder; en ese proceso el cuerpo biológico –concebido así por la biomedicina– coadyuva a la institución en la búsqueda de una reestructuración comportamental a la que actualmente se denomina Estilo de vida. Lo que realmente encontramos como consecuencia de esa introducción de poder en el cuerpo es una hibridación del deseo humano inconsciente que es moldeado hasta cierto punto, lo cual es observable en sus acciones –a nivel consciente–, pero que en el fondo permanece intacto bajo efecto de las instancias institucionales culturales que por su parte promueven la vivencia placentera de la vida bajo ideales de felicidad. El proceso de introducción –del poder en el cuerpo– es gradual y el sujeto se resiste con cierto éxito, hasta el momento en que al *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus* lo sensibiliza acerca de una suerte de

¹⁷⁷ Todo acontecimiento que se deriva de tener el nivel de azúcar en la sangre demasiado alto, o bajo como también sucede en las personas con diabetes, ello genera toda una serie de síntomas por demás desagradables, dentro de los cuales surge desde luego la idea de morir.

sentencia de muerte; entonces ofrece un conjunto de elementos contemporáneos a la práctica biomédica globalizada, ofreciendo a la par de ésta, una oferta de cercanía de buena parte de los productos indispensables para la vida¹⁷⁸.

En resumidas cuentas el Darse cuenta / Impacto del diagnóstico viene a dar nombre y apellido a la finitud de la vida que todo sujeto humano conoce pero que desdeña o mantiene en la obscuridad por efecto de la cultura; todo ello hasta el momento en que, como consecuencia de la intervención de la otredad, el sujeto accede a la Autoconsciencia de la finitud de la muerte. Todo ello sucede en un proceso que se inicia con la vida del sujeto –en la medida que toda la experiencia vivida cobrará un matiz significativo diverso–, pero que no se consolida sino hasta el momento del comunicado de la diagnosis mórbida biomédica.

3.6.1.1.b Control / Manejo del fenómeno mórbido

Nuestro informante Manuel, se refirió a la *Diabetes Mellitus* como una “enfermedad sin cura, solo con entretenimiento o control”; al tiempo refiere que, después de la llegada de dicho fenómeno mórbido, la vida se modifica, pues en un proceso gradual inicia un retiro de la vitalidad requerida para vivir normalmente. Todo ello nos llevó a identificar que dicho *Control* no es sino un esfuerzo imperfecto consciente, y al que el individuo llega sin herramientas psicosociales para enfrentarlo, en la medida en que desconoce los procesos biopsicosociales integrados que suceden en su existencia, además de la presencia del sujeto del inconsciente, el cual interviene en su actuar. Ante ello, discursos como el biomédico institucionalizado, se ofrecen como óptimos para tomar dicho control.

Este proceso está presente en la existencia humana y es posiblemente la cualidad psicosocial más susceptible de ser observada cotidianamente; sin embargo no lo es en su totalidad, y aquello que le es observable resulta impreciso e insuficiente en el afán de pensar en una probable medición positiva. Si retomamos la idea que hemos venido sosteniendo, en la cual todo acto humano tiene una representatividad psíquica inconsciente, así como en sentido opuesto todo contenido psíquico inconsciente tiene un reflejo conductual observable, ello no nos autoriza

¹⁷⁸ Entre ellos principalmente la opción a una vida regularizada por efecto de una terapéutica biomédica farmacológica; el conocimiento bioquímico de lo que explica la normalidad o anormalidad del organismo, la corrección de cualquier problema con opciones que van desde la misma farmacología hasta la intervención quirúrgica, etc. Bajo este principio de bienestar garantizado por la alternativa biomédica se acogen múltiples opciones que por efecto de la mercadotecnia se introducen en la vida de los individuos, como complementos alimenticios, aparatos de ejercicio, auxiliares médicos, etc.

a trasladar el sentido de un ámbito al otro. Dar por sentado que lo que se observa en el sujeto, o lo que él mismo refiere como su comportamiento, es lo que representa psíquicamente es caer en el viejo vicio de las disciplinas positivistas en su encuentro con el comportamiento humano: desdeñar el vasto universo de la individualidad y su subjetividad. Suponer que un individuo que padece una enfermedad crónica, y en su consulta programada –frente su médico– dice toda la verdad¹⁷⁹, es argumentar sobre hielo quebradizo, cuya fragilidad tiende a suponer que el sujeto – el paciente– tiene el control de sus actos y con ello de lo que su padecimiento requiere.

La identificación de este proceso psicosocial es de gran utilidad en la fase posterior al diagnóstico mórbido, pues ayuda a suponer las debilidades del sujeto frente a su construcción mórbida. Sin embargo también tiene la potencialidad de mostrar la estructura de los periodos comportamentales previos al diagnóstico. Dicho de otra manera esta cualidad psicosocial nos permite aproximarnos a una especie de corte transversal de la existencia del sujeto; el individuo que debuta con diabetes tendrá un comportamiento específico frente a su realidad mórbida, y ese comportamiento podrá diferir en alguna medida de su comportamiento previo, pero esos cambios podrán ser de forma, más no de estructura. Las modificaciones comportamentales en un sujeto con diabetes, entonces, suceden dentro de un cierto margen. Por ejemplo, un sujeto cuyo rasgo agresivo frente a la vida debuta con diabetes, mostrará posterior al diagnóstico múltiples variantes comportamentales, más esas variante estarán dentro de un contexto de administración pulsional similar al que observaba cuando era agresivo frente a la vida; encausará de manera diferente esa agresividad o utilizará mecanismos biopsicosociales diferentes para manifestar lo que se expresaba de manera agresiva, pero siempre será identificable el contexto estructural psíquico reactivo en el que tienen lugar las modificaciones.

De esta forma el *Control / Manejo del fenómeno mórbido* es una suerte de argumentación fundamental sobre la que se emite el comportamiento, por lo que ante cualquier modificación de éste último nos lleva a suponer que lo que se modifica es la conducta observable más no los argumentos que la sustentan, en la medida en que lo único que sucedió a la llegada del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus* fue una actualización, una especie de puesta al día de la misma entidad psíquica más no una substitución de la entidad existencial.

¹⁷⁹ No porque el sujeto mismo elija a voluntad ocultar la verdad, o porque se niegue a compartir su intimidad, lo cual podría suceder; sino porque en todo sujeto tiene lugar una dimensión psíquica poco susceptible de conocimiento y en esa medida su lenguaje contiene elementos que aunque él mismo enuncia, desconoce buena parte de lo que éste significa.

En buena medida resultará indispensable conocer el contexto interpersonal inmediato así como los registros históricos del grupo social al que el individuo pertenece para tener el máximo de elementos posibles en el afán de realizar un análisis más certero del registro transversal comportamental.

Cada componente existencial biopsicosocial se encuentra involucrado en esa dinámica, por lo que es necesario esperar que esa manifestación comportamental no se reduzca al actuar conductual físico observable, sino en un contexto más amplio, se tomen en cuenta aspectos afectivos, interpersonales, y del cuerpo que como entidad viviente interconectada, tienen la potencialidad de funcionar como escenario sobre el cual se expresen contenidos existenciales vitales. A pesar de esas posibilidades, encontramos que el componente por excelencia para acceder a la dimensión del *Control / Manejo del fenómeno mórbido* es el lenguaje, a través del cual se tendría acceso a la palabra individualizada.

3.6.1.1.c *Digamos / Actualización generacional*¹⁸⁰ fenomenológica

Manuel, nuestro informante recurre con frecuencia al término *Digamos*, para referirse a aquello que los otros o los demás, es decir la otredad, opina, piensa, afirma, etc.; cuando utiliza ese término, hace referencia al momento en que su propia individualidad se actualizó con la otredad; siendo así que cuando recurre al término está dando presencia y con ello referencia al instante en que dicho fragmento de testimonio llegó a él, y en ese proceso se hace presente en su discurso; generaciones anteriores a él –sus padres, abuelos, etc– o posteriores a él –sus hijos, nietos, etc. – se hacen presentes a través del *Digamos* que aparece en su testimonio.

Esta cualidad de lo psicosocial hace alusión a un proceso dinámico subjetivo, en el que las partes que conforman la existencia de un individuo tienen movimiento, y se desplazan principalmente de una generación filial a otra –una especie de ir y venir de significantes entre el sujeto y la otredad, la cual puede ser representada por sus antepasados y sus hijos; este proceso tiene la capacidad de mostrar la situación en que se encuentran los componentes biopsicosociales capaces de influir la construcción del fenómeno mórbido. A pesar de ello tiene limitantes en la

¹⁸⁰ El término generacional hace referencia a generación, éste a su vez hace alusión a un grupo etario diferenciado de otro con componentes históricos ligados al tiempo en que viven y configuran su forma de entender el universo psicosocial. En algún sentido la generación generacional es un proceso paralelo a lo que concebimos aquí como lo psicosocial, puesto que tiene la capacidad de actualizar mediante desplazamiento “psicosocial” componentes de un sujeto a otro o de un grupo social al sujeto. La diferenciación que aquí se hace es para evidenciar cómo el componente pasa de una sección de un grupo social a otro y transmite o traslada un mensaje particular: la inevitabilidad de la muerte.

capacidad de demostrar en un caso particular el sentido o la dirección que deberá seguir ese dinamismo; dicho de otra manera, es posible mediante esta cualidad rastrear retroactivamente¹⁸¹, los elementos que se trasladaron en un plano generacional diferente, una vez que tenemos acceso a un fragmento importante de la historia del sujeto, pero no es posible predecir si ese movimiento tendrá lugar o no; ni mucho menos el sentido o dirección que seguirá –si sucede de una generación ascendente o descendente–.

En el desplazamiento de la otredad, en sentido intergeneracional interviene incuestionablemente la dimensión sociocultural, que es la que de alguna manera construye y abriga la vida, tanto en la dimensión comunitaria como en la dimensión individual; de la dimensión social se transfieren los componentes que articulan la existencia individual, al tiempo que se transfieren los componentes generacionales. En la medida en que la dimensión social es afectada por los sucesos históricos interdisciplinarios¹⁸² se actualiza constantemente, actualizando también la dimensión intergeneracional en sentido ascendente como en sentido descendente¹⁸³. En la actualización tanto generacional como psicosocial, tiene lugar también la actualización existencial, a través de la cual se equalizan los elementos biopsicosociales, es decir lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural. Los referentes axiológicos susceptibles de transferencia variarán de un individuo cuya subsistencia depende, por ejemplo de un salario, a otro cuya subsistencia depende del valor de la cosecha en los mercados internacionales que impactan los nacionales.

En la singularidad un referente existencial que está presente en el sujeto, puede encontrar referencia en su representación materna, pero también puede encontrarse un referente similar o el mismo en su representación filial; por lo que no es posible con esos datos inferir cuál es el origen de esa referencia, siendo posible cualquiera de las posibilidades.

Un elemento importante en esta cualidad psicosocial, la cual no queremos dejar pasar, se trata de la puesta al día en el tiempo, la cual será siempre en sentido fenomenológico; como hemos venido dando a conocer para esta investigación, en algún punto de este recorrido temporal tendrá lugar el momento de Autoconsciencia de la finitud de la muerte, a partir de ahí el sujeto se asume con una existencia finita. En este aspecto son importantes los componentes que se encuentran presentes en las dinámicas del grupo social en cuestión; ya que estas tienden a

¹⁸¹ El término retroactivo se refiere a la capacidad que el modelo psicosocial tiene de entender aquello que sucedió en el conjunto biopsicosocial del sujeto, lo cual derivó en la formación del fenómeno mórbido. Como su nombre indica, es una capacidad activa de volver a los rastros que el proceso ha dejado para aproximar un proceso reconstructivo.

¹⁸² Dados a conocer principalmente en el capítulo 2.

¹⁸³ Para ello es de utilidad la figura del proceso dialéctico en el que hay una constante retroalimentación

cambiar de una población a otra. El valor de la vida y con ello de la muerte puede tener significaciones diversas de un grupo social a otro independientemente de la distancia física entre éstas; en cambio estarán íntimamente relacionados con la historia del grupo social, la cual puede variar enormemente de una a otra¹⁸⁴.

Una vez más se encuentra aquí presente el efecto represivo de la vida inconsciente, por lo que el sujeto con dificultad alcanza a encontrar la asociación de una posición a otra de la actualización.

3.6.1.1.d Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático

Durante el tiempo en que nos desempeñamos como psicoterapeuta, atendiendo la consulta programada del hospital “Venustiano Carranza”, tuvimos oportunidad de escuchar en múltiples ocasiones el término *Hacer corazón fuerte*. Éste es utilizado para referirse al momento en que el individuo enfrenta las dificultades que el curso de la vida le impone, como carencias económicas, pérdida de objetos afectivos importantes, y en general circunstancias fuera de su alcance; situaciones a las que debe aceptar como circunstancias irremediables. Es en un proceso similar, en el que el sujeto se apropia de significantes o elementos disponibles en la otredad, sobre o a través de los cuales construir su propia estructura sintomática. En la medida en que el individuo renuncia a la posibilidad de dar satisfacción a su deseo a través de un actuar individual perfecto, debe *Hacer corazón fuerte*, y aceptar substitutivamente otra satisfacción en la medida en que proviene de un objeto distinto. Esos objetos que reemplazan imperfectamente los objetos investidos originarios, deberán –con su correspondiente cuota sacrificada–, permitir otorgar fluidez a la convivencia de los componentes bio-psico-sociales de la existencia individualizada. Se *Hace* [el] *corazón fuerte*, cada que las circunstancias psicosociales obligan al individuo a convertir, una parte de su existencia –corporeidad biológica–, en objeto material deshumanizado para fines institucionales –como es el caso del comunero que debe olvidar sutilezas afectivas y resistir los embates del gobierno–, dejando el anhelo individual endurecido, deshumanizado.

Este proceso psicosocial tiene la capacidad de esclarecer en alguna medida las diferentes etapas por las que ha pasado la existencia humana en su trayecto de formación de síntoma, que en

¹⁸⁴ Un ejemplo claro de la gran variación del valor de la vida-muerte en poblaciones cercanas físicamente pero distanciadas por la historia es el de la cabecera municipal de Venustiano Carranza, con Pujilic. Ambas son poblaciones que se encuentran en el mismo municipio chiapaneco, comparten colindancia agraria, pero los antecedentes de cada una marca radicalmente las dinámicas socioculturales.

un sentido estructural bien definido es la construcción biopsicosocial mórbida *Diabetes Mellitus*. Aun cuando hemos desarrollado previamente en este mismo documento el concepto síntoma, consideramos útil mencionar la gran amplitud que esta noción adquiere al liberarlo de la potestad biomédica; la diferencia más importante se encuentra en el manejo que, del tiempo se hace en nuestra postura interdisciplinaria.

Hemos dejado claro en este documento que la *Diabetes Mellitus* es una construcción biopsicosocial, en ese proceso constructivo hay un registro temporal que no necesariamente responde a la lógica cartesiana del tiempo y el espacio¹⁸⁵. De ahí que un evento mórbido biopsicosocial atendido y probablemente curado biológicamente puede mantenerse activo mórbidamente en términos psicosociales; una historia clínica biomédica impecable en términos de un estilo de vida saludable, puede estar cifrado psicosocialmente en una ruta de formación mórbida mayor, puesto que la intervención de atención biomédica pudo haber detenido el desarrollo mórbido de la fase biológica más no la fase psicosocial, con lo que el desarrollo psicosocial podría encontrarse ya en una segunda fase. En el supuesto de que un proceso mórbido se encuentre en esa situación, no hay herramienta biomédica capaz de dar cuenta de éste, y mucho menos de intervenir en su desarrollo, por lo que resulta de trascendente importancia la utilización de herramientas conceptuales que discriminen lo psicosocial para distinguir ese tipo de procesos. La búsqueda de elementos que ayuden a un profesional a dilucidar la presencia de procesos existenciales como el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, deberá iniciar con un proceso de análisis clínico individual, así como continuar con el escrutinio del contexto histórico tanto del individuo en cuestión como del o los grupos sociales con éste involucrados; es en la dimensión psicosocial amplia en la que se encontrarán los referentes ineludibles que explican los componentes psicosociales que guían el actuar positivo y subjetivo del sujeto. Ello no quiere decir que teniendo los elementos antes citados tengamos la fórmula infalible para descubrir la totalidad de las respuestas sobre la realidad mórbida del individuo, pero a partir de éstos es posible tener un mejor panorama sobre cómo ha sido la ruta seguida para llegar a la realidad actual, y en esa medida tener más elementos para intervenir en el futuro del individuo y en la previsión de otros.

¹⁸⁵ A diferencia de la concepción biomédica en que ante un proceso morboso se supone necesariamente una causa fisiopatológica en alguna medida identificable y medible y explicable a través de sus métodos, en una relación causa-efecto.

El *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático* da cuenta entonces en esa lógica, de una especie de mecánica existencial; permite asomarnos a un registro del proceso por el cual el sujeto que ha vivenciado todo un cúmulo de circunstancias históricas, ha establecido a su vez un trayecto en alguna medida discernible. Con evidentes grados de dificultad para observar con claridad el mapa individual de la ruta seguida por la existencia individual, puesto que se trata de procesos conscientes como de inconscientes, dará siempre la oportunidad de presuponer un progreso constructivo, mediante la existencia de su edificio sintomático.

La cuota interpretativa variará de un caso a otro, pudiendo encontrar una gran riqueza de significados en un simple “dolor de cabeza”, el cual conduzca a una problemática profunda a la que solo hay que dar seguimiento mediante entrevista personalizada y seguimiento a su curso asociativo. O por el contrario podría encontrarse una “infancia enfermiza” cuya temporalidad extendida podría mostrar como espejismo una gran riqueza, pero que en su análisis no conduzca sino a procesos mórbidos poco trascendentes. Cada testimonio es único y el trabajo que se ejerza sobre éste permitirá develar lo que en él se observa y lo que subyace.

Más aún, el punto originario de un síntoma interdisciplinario no necesariamente es un síntoma biomédico, como dolor, vértigo o sangrado. Los prolegómenos de un síntoma podrían incluso encontrarse en un recuerdo doloroso, en una escena dramática interpersonal, en un anhelo frustrado, en una contingencia climática, catástrofe natural o en un siniestro individual o social.

La dimensión temporal será de gran importancia en esta cualidad psicosocial, ya que todo registro vivencial o experiencia vivida, es susceptible de abrir nuevos capítulos o episodios, que afecten la vida presente del sujeto, teniendo así incluso la potencialidad de funcionar como catalizadores de un proceso mórbido en curso.

En cuanto a la dimensión espacial, la cercanía afectiva o física, tiene prioridad para influenciar la adquisición o apropiación de significaciones participantes en la construcción sintomática¹⁸⁶; es decir será responsable de un síntoma aquellos objetos tanto afectivos como

¹⁸⁶ El proceso de adquisición o apropiación de significantes no es más que el proceso por el cual la existencia biopsicosocial que se encuentra en situación de requerimiento expresivo, es decir en una especie de necesidad de decir o dejar salir “algo” –un síntoma en proceso de formación– utiliza su propia existencia y los recursos que de ellos dispone –biológicos: modificación morfológica, funcional o interactiva de la realidad fisiológica; psico-antropológica: alteración o incremento de una realidad comportamental anormalizada y en esa medida desadaptada, por ejemplo sobrealimentación, adicción, alcoholismo, delincuencia, poligamia, obsesión, rasgos esquizoides, autoagresión; sociocultural: situación conflictiva entre la instancia individual y las instancias institucionales, es decir disfuncionalidad en el contacto interpersonal con la pareja, la familia, la institución escolar, de justicia, comunidad, económica, etcétera–, para incorporar esa forma de concebir la vida y de expresar su realidad presente en la otredad, ahora como suya.

físicos que aquellos que observen cierta lejanía, dichos objetos afectivos cercanos pueden ser el padre o la madre, a diferencia de otras personas lejanas físicamente¹⁸⁷. A su vez el tiempo puede traer al presente lo vivido con una figura interpersonal cercana como la madre, aun cuando ésta haya desaparecido de la vida de la persona hace mucho tiempo.

En vista de que la represión, como mecanismo psíquico inconsciente, ejerce influencia sobre la experiencia vivida, –siendo la memoria un mecanismo de olvido–, es posible que el sujeto mismo, no pueda identificar la vecindad de un suceso con otro, a pesar de tratarse de su propia historia; por ello es la búsqueda asociativa libre –la técnica de Asociación libre–, la que favorece el encuentro de sentido, respecto de recuerdos o apalabramientos, aparentemente insignificantes o discordantes en el testimonio del sujeto.

Todo síntoma, además de tener una función expresiva o función de apalabramiento, tiene también una cuota de goce o placer¹⁸⁸; en la medida en que ese beneficio placentero alienta la presencia del síntoma, favorece la continuidad del mismo, disminuyendo la posibilidad de removerlo. La selección del síntoma interdisciplinario, que la existencia biopsicosocial del sujeto hace, podrá ser irreversible en la medida en que dicha existencia individual, inmersa en la dimensión del otro, haya hecho una selección idónea para adaptar su realidad psicosocial interdisciplinaria a sus necesidades individuales, o en términos sencillos, *aquel corazón que ha dejado de ser fuerte*, jamás recobrará su fortaleza. Es por ello que algunos síntomas en proceso temprano de formación puedan ser atendidos –modificados o detenidos– si son identificados en ese periodo de tiempo; no será así en el caso del fenómeno mórbido interdisciplinario como el síntoma *Diabetes Mellitus*, en el que ha habido todo un proceso constructivo que ha transitado por diferentes fases y con ello ha llegado al establecimiento de una plataforma de solidez y permanencia –lo cual lo hace irreversible–. Es así como podríamos considerar que ha habido la

¹⁸⁷ El ejemplo que hemos utilizado pareciera sugerir que las figuras parentales priorizan la transferibilidad sintomática; tal vez para la mayoría de los casos suceda así, a pesar de ello eso no exime que haya casos en los que alguien ajeno a la familia de origen pudiera ser de quién se tomen significaciones sintomáticas, en vista de una gran influencia actitudinal –aún mayor que la influencia que podría ejercer una figura parental cercana– para el sujeto.

¹⁸⁸ La formación del síntoma es compleja y en ese sentido responde a diversos motivos, un motivo trascendental de ser tomado en cuenta es el afectivo; todo síntoma lleva con singular claridad la huella de una demanda afectiva como componente biopsicosocial; ese componente de alguna manera, muchas veces no lógica, satisface la existencia con la manutención del mismo síntoma, por lo que removerlo resulta ilógico o insano en sentido complejo, puesto que ello llevaría a la continuación de la necesidad de formar otro para satisfacer la demanda afectiva que se interrumpe con la remoción del síntoma, cuando ésto es posible –por encontrarse en una fase temprana– desde luego. Todo “enfermo” entra en una dimensión social diferente en la que los ideales institucionales morales indican que debe ser tratado de manera más sensible, ello comprende en alguna medida la posibilidad de atraer cierta satisfacción a una demanda afectiva.

necesidad de *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático* psicosocial, teniendo un precedente cromosómico o no; en cuyo caso habría que analizar las circunstancias del proceso de emparejamiento.

3.6.1.1.e *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*

Nuestra informante Caralampia, refiere en su testimonio que jamás ha sido hospitalizada por motivo de su diabetes, la cual padece desde poco más de 20 años; describió una anécdota en que un médico se percata de un nivel bastante elevado de glucosa en ella, por lo que le sugiere pasar al servicio de urgencias para la atención inmediata de su hiperglucemia, al escucharlo Caralampia –un poco alarmada– deja la clínica a pesar de la advertencia del médico, de que puede morir; su actuar en consecuencia consiste en “tragar su pastilla, beber su jarabe y beber su agüita de cargapalo que es muy buena para la azúcar”, con ello, además de algunas actividades, todo vuelve a la normalidad. Ante esa referencia se asoma la representación de dos actividades cotidianas repetitivas, y esenciales para la vida: comer y beber; a través de esas dos actividades cotidianas, la otredad hace presencia recíproca, a través del alimento que puede perseguir fines nutricionales o medicinales; el sujeto recíprocamente vuelve al pasado que le indica qué debe tomar, por lo que su actuar parece actualizar en tiempo a través de la otredad, desde el pasado al presente o en sentido inverso en la medida de su necesidad; a su vez sirve de vínculo con los objetos con fuerte investidura, la tierra y la vida vegetal. Cuando se trata de medicamentos cuya artificialidad y peligrosidad es conocida, substituye con *tragar* el *comer*, el cual utilizó para referirse a la ingesta de sus alimentos.

Esta cualidad psicosocial podría encontrarse obvia, en la medida en que ningún individuo vive en completa soledad; sino por el contrario todo el tiempo habrá un contexto sociocultural –otredad– en el cual desenvolverse retroactivamente. Esto es que en el contexto de la construcción mórbida *Diabetes Mellitus*, tanto previa como posteriormente hay un intercambio recíproco de componentes existenciales que tienen la finalidad de dar sentido a la existencia; con ello moldea toda construcción que de ella derive, incluso los procesos mórbidos que acontecen en el sujeto.

A pesar de ello consideramos que hay mucho que decir sobre esta dimensión, todo ello en el contexto de los hallazgos que el abordaje interdisciplinario nos ha dejado; precisamente el gran aporte a esta cualidad, es concebirla como psicosocial, es decir al sacarla del dominio

disciplinario biomédico, psicológico o sociológico, para integrarla en un contexto interdisciplinario.

En esta dimensión se encuentran los componentes que ligan a un individuo con su grupo social y que, de alguna manera, influyen en el rumbo que el sujeto emitirá como actuación. El peso de la otredad es enorme, y las dimensiones disciplinarias que se abren como posibilidades, sobre las cuales entender la influencia sobre el sujeto son múltiples. El sujeto llega al mundo en un plano estrictamente biológico; de ahí es configurado, en diferentes formas para cada individuo, su desempeño en el mundo comprende –en lo que a nosotros interesa– los ámbitos artístico, económico, político, histórico, sociológico y antropológico social.

Los hallazgos en esta investigación nos guiaron en la dirección de los ámbitos arriba mencionados; sin embargo ello no implica que en todo grupo social sean estos los ámbitos de mayor influencia en el plano grupal.

El plano artístico sirve para ejemplificar las diferencias que pueden encontrarse entre una generación y otra. La tendencia a la expresión va adquiriendo modalidades, personajes del medio artístico popular adquieren prestigio y se insertan en el gusto popular en determinada generación; algunas figuras artísticas permanecen vigentes durante varias generaciones. También es posible encontrar diversos elementos artísticos que pierden nombre y apellido y quedan en el gusto popular independientemente de la generación en la que se creó. De esa manera observamos que las generaciones comparten determinado conjunto de elementos que los identifican siendo lo que otorga esa particularidad el acomodo de esos elementos; aunque esos elementos no se encuentran ausentes en otra generación, su presencia en otro grupo generacional obedece a una configuración de elementos diferente.

En la medida en que esta es una cualidad de lo psicosocial, su dinámica es en buena medida idéntica a la del concepto; es decir que los elementos que configuran su presencia pueden ser identificados en otros aspectos. Por ejemplo los componentes que actúan con singular obviedad en el ámbito grupal, en su aspecto político, podría no ser identificable en ese mismo aspecto en un individuo en particular; en cambio podría ser identificable lo que en actitud ese ámbito político manifiesta en un ámbito familiar; todo ello es posible ya que los dos ámbitos son diferentes, pero los dos obedecen a una lógica institucional en la que el grupo diferenciado de la individualidad representan un objeto similar. Es decir un individuo puede tener militancia y activismo político pero en su testimonio no hace alusión a éste aspecto; sin embargo en su

testimonio hace referencia ampliamente al ámbito familiar, siendo uno u otro la dimensión de la otredad, es posible encontrar una lógica subyacente compartida, aunque diferenciada en los dos ámbitos. Para ello es necesario ser cuidadoso y buscar elementos externos al testimonio que sirvan de soporte al intento de traducir esos ámbitos en su propio contexto. Lo mismo que suponemos en el ejemplo que venimos de mencionar, puede ser identificado en cualquier otro ámbito independientemente de su denominación.

Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad, pueden ser los vínculos a través de los cuales una persona recibe cada día, la dosis diaria de placer suficiente para continuar su existencia; en el caso de una persona con *Diabetes Mellitus*, ese vínculo placentero necesario, puede significar la alteración de su equilibrio glucémico; o por el contrario, dicha necesidad puede motivar el actuar del individuo en la dirección del control de su manifestación sintomática. En todo ello se tiene una vinculación constante yo-otro en sus diversas dimensiones existenciales correspondientes.

CAPITULO IV. TESTIMONIOS DE PERSONAL DEL HOSPITAL VINCULADO A LA ATENCIÓN DE DIABETES

Este ejercicio analítico nos permite conocer no solo la opinión de las personas que en el hospital “Venustiano Carranza” atienden profesionalmente a los individuos con *Diabetes Mellitus*, sino además nos acerca a la vivencia personal de estos individuos en su contacto con la comunidad en que habitan los participantes de este estudio con el fenómeno mórbido. Ello sin lugar a dudas nos permitirá profundizar en nuestro ejercicio de dilucidación del fenómeno en los sujetos, en este caso no a través de las palabras de los mismos actores, sino a través del testimonio de quienes ordinariamente se ocupan de dar seguimiento teórico-práctico de las manifestaciones propias del fenómeno. La importancia de estos testimonios radica en que, a pesar de que estas personas laboran en una institución con lineamientos normativos estandarizados a nivel nacional dichos lineamientos son recibidos y operativizados de manera particular en cada hospital dependiendo de lo que las características socio-culturales de la población local permite. Confiamos en que nuestro testimonio experiencial en la región y en el hospital ayudará al lector a conocer dichas particularidades de los servicios que un hospital dependiente de una institución paraestatal ofrecen en términos pragmáticos en la región¹⁸⁹.

En resumidas cuentas no debemos olvidar que se trata de trabajadores que, en el caso de algunos de ellos son a su vez originarios de la localidad o de la región; por ello son portadores tanto de un conocimiento de orden profesional como también de un saber vivido en la localidad, lo cual enriquece grandemente su testimonio.

En lo que respecta al aspecto técnico de estas entrevistas, fuimos todo el tiempo orientándonos con el guion que se encuentra en el apéndice de este documento; la guía que éstos nos ofrecían era con el afán de no dejar aspecto pendiente. A pesar de ello tuvimos siempre oportunidad de explorar temáticas que iban surgiendo y que considerábamos necesarias, volviendo con posterioridad al tema que nuestro guion indicaba. Ello, como podrá observarse en los testimonios, fue derivando en algo que se asemeja más a una charla informal –en el caso del Dr. Chiñas y el Lic. Velázquez más que en el resto– que aporta tanto información profesional como vivencial; o en su defecto en información que puede ser ubicada interpretativamente en esa posición.

¹⁸⁹ Dicho testimonio se encuentra en el punto 2.3 del capítulo segundo

Fue posible observar que en el caso del PAC, la trabajadora social y del nutriólogo, una mayor apropiación del discurso institucional, que sobre el médico internista, el epidemiólogo retirado; de cualquier manera en ambos casos tiene lugar una expresividad subjetiva con gran riqueza de componentes psicosociales respecto de los pacientes a quienes atienden.

Salvo por una entrevista, todas fueron grabadas en audio; la oportunidad de entrevistar a la médico residente de epidemiología fue ocasional, el día que tuvimos oportunidad de hacerlo no lo habíamos previsto, motivo por el que no llevábamos con nosotros la herramienta de grabación, por lo que posteriormente a la entrevista hicimos un registro escrito, lo más fiel posible con las dificultades que ello representa en sí.

Aun cuando el tratamiento analítico que se les da a estas entrevistas pareciera idéntico al de los pacientes diabéticos, no es sino similar; puesto que la profundidad con la que son tratadas las de primera mano, es mucho mayor; en vista de que aquello que se persigue es dilucidar con la mayor claridad posible el aspecto vivencial de los contenidos.

Finalmente, antes de dar paso al análisis narrativo consideramos importante aclarar que de éste último emanarán las categorías de análisis a las que denominaremos Categorías analíticas hospitalarias; y que serán contrastadas con los componentes psicosociales –emanadas del siguiente capítulo– en el capítulo VI del presente documento.

4.1 Análisis de los testimonios individuales de personal del hospital, con técnica de entrevista semiestructurada

Las siguientes entrevistas se presentan de la siguiente forma: se muestra un fragmento de la entrevista y se identifican posteriormente los contenidos categoriales con sus respectivas aclaraciones. En la parte final del análisis de cada participante ofrecemos un listado de los componentes identificados y previamente analizados. Por otro lado en la parte final del capítulo ofrecemos un análisis de la totalidad de las categorías identificadas, así como una reducción mínima de sus componentes redundantes.

4.1.1 Residente de Medicina interna. Dr. Escalante

La entrevista realizada al médico internista tuvo lugar en el Aula de Enseñanza del hospital el 9 de julio de 2013. A petición del participante se realiza alrededor de las 12 horas, para ello nos explica que ese horario era el idóneo en vista de que ese día no tenía consulta médica programada

en el área de consulta externa; en cambio ese día solo consultaba a los pacientes hospitalizados, pero a esa hora por lo regular ya había terminado su recorrido por esos pacientes a su cargo. El médico era originario del estado de Yucatán, y tenía cinco meses de atender a la población del hospital “Venustiano Carranza”; este médico, al mes siguiente de la entrevista en que concluyó su Servicio Social, dejando el hospital y la entidad. La Residencia¹⁹⁰ de Medicina Interna dura un total de cuatro años, pero durante el último año, los estudiantes salen a un servicio social en un hospital escuela, como lo es el nosocomio en cuestión.

Desde una primera opinión este informante es el más capacitado para informar sobre la *Diabetes Mellitus*, sin embargo en lo que a nuestro concepto Fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, no es sino una parte de aquello de lo cual nos es de ayuda. La entrevista fue diseñada para obtener información acerca del componente biológico del fenómeno mórbido en su primera mitad; y para dar paso al componente psicosocial en la segunda.

Inicialmente el participante deja claro de manera introductoria, lo que concierne al aspecto fisiológico de la diabetes. La información obtenida a esta altura del interrogatorio, no hace sino confirmar buena parte, de lo que es posible encontrar en cualquier tratado de medicina interna respecto de la enfermedad; algunas de las cuales se encuentran discutidos en nuestro marco teórico. En ese contexto encontramos la primera categoría conceptual a la que denominamos *Atención biomédica institucionalizada*; en ésta podemos observar las actualizaciones prácticas que la biomedicina establece ante situaciones político-económicas emergentes, como la reciente atribución de morbilidad a la obesidad, con lo que de un solo golpe, millones de personas pasan de encontrarse en un estatus ordinario a uno enfermizo, todo ello por una decisión conveniente al ideal de una institución –un presupuesto gubernamental insuficiente para atender un fenómeno cuya actitud permisiva corporativa ha colaborado a crear–. Posteriormente podemos identificar la categoría *Mayor apego femenino*, que hace referencia al interés que la mujer muestra, respecto de sus compromisos, incluidos en éstos la consulta médica periódica, y en general la participación de éstas en las actividades en que la institución gubernamental –IMSS-Oportunidades– convoca, caso contrario de lo que sucede con el varón. A continuación tenemos el primer fragmento:

INVESTIGADOR: Dr. Cuál es su nombre,

¹⁹⁰ Se denomina así al periodo de formación profesional del médico que estudia la especialidad, en este caso de Medicina interna; el peculiar apelativo obedece a que los médicos residen en los hospitales sede en que estudian, ahí reciben tanto educación formal –teórica– como práctica clínica hospitalaria.

Dr. Escalante: mi nombre es [...] [...] Escalante [...]

Inv: ¿Dr, qué es la *Diabetes Mellitus*?

Dr. Escalante: bueno es una enfermedad multifactorial, que afecta principalmente el páncreas, es un conjunto de factores lo que causa la diabetes ¿no?. Es una enfermedad destructiva, degenerativa, crónica, que como le dije afecta principalmente el páncreas, y previamente a ésta existe una resistencia de insulina a los tejidos, eso es la enfermedad definida pues este fisiológicamente.

Inv: ¿la *Diabetes Mellitus* es más común en hombres o en mujeres?

Dr. Escalante: bueno antes era mucho más común en hombres; pero ahorita, eh, las tasas de incidencia, sobre todo si hablamos de México están casi iguales.

Inv: ¿su impresión respecto de Carranza es así también, obedece a esa lógica nacional?

Dr. Escalante: Si, principalmente también porque siempre es más común que una mujer acuda a una consulta que un hombre, es mucho más común que una mujer se venga a atender aquí y a cualquier tipo de hospitales, a diferencia del género masculino, es más difícil para el hombre aceptar la enfermedad; tengo muchos pacientes aquí que no aceptaban la enfermedad y vienen ya después de mucho tiempo sin tratamiento.

Inv: ¿O sea es más difícil que el varón con *Diabetes Mellitus* busque atención médica?

Dr. Escalante: si.

Inv: ¿Biológicamente es posible identificar fenómenos o fases previas al surgimiento de la enfermedad?

Dr. Escalante: si.

Inv: ¿Cuáles serían esas?

Dr. Escalante: ¿eh..., biológicamente se refiere a usted verdad?

Inv: si.

Dr. Escalante: o.k., si, si hay! Este hay muchos factores que, este pueden retrasar la diabetes, uno de los principales factores es el sedentarismo, el consumo de una dieta rica y alta en carbohidratos, em.. alcohol, y la obesidad que hasta la semana pasada no se consideraba una enfermedad, ahorita ya está considerada como una enfermedad.

Inv: ¿de la semana pasada a hoy cambió el criterio?

Dr. Escalante: si. Antes se consideraba como un factor de riesgo, ahorita ya es una enfermedad como tal, esto ya venía desde hace mucho tiempo, pero desde la semana pasada se toman medidas para considerarla una enfermedad¹⁹¹.

¹⁹¹ Modificación de criterios como el que alude el informante, son evidencia de lo que desarrollamos en el capítulo I, respecto de la toma de decisiones, en las que se involucran motivos político-económicos por sobre motivos

Inv: ¿dónde se dio ese cambio de criterio?

Dr. Escalante: Los principales, bueno la gente que más estudia la diabetes, obesidad, resistencia a la insulina son los americanos, son las escuelas más grandes y las instituciones que norman las guías para manejar la diabetes y para prevenirla también.

Inv.: a propósito de esto que usted menciona, qué instituciones existen, por ejemplo en Estados Unidos, que .. de las cuales provenga el conocimiento

Dr. Escalante: La sociedad americana de diabetes, el colegio de endocrinólogos clínicos, está también en conjunto está la sociedad americana del corazón y hay más pero esas son las principales.

Inv. Qué es esto que usted mencionó como insulinoresistencia

Dr. Escalante. La insulinoresistencia es vaya, la exposición durante mucho tiempo a la insulina en la membrana o la superficie de los órganos que utilizan insulina, destruye (por así decirlo) los receptores que captan la insulina, al reducir la cantidad de receptores en la membrana, la insulina tiene menor efecto, esto a la larga es un sistema de retroalimentación negativa y positiva, al destruir los receptores la insulina aumenta para tratar de compensar es deficiencia, y eso genera a la larga que el páncreas agote la generación de insulina.. y con el tiempo uno de las principales es la autoinmunidad y la destrucción total del páncreas. Entonces conforme va pasando el tiempo los receptores se agotan, la insulina se agota por la destrucción del páncreas, y el paciente se torna diabético, porque no hay manera de introducir la glucosa para la utilización de los tejidos.

Inv: Dr. Esta destrucción de los receptores que usted ha mencionado en palabras comunes qué los destruye, la insulina, eh..

Dr. Escalante: No es una destrucción como tal, más bien sería como apagar los receptores, porque la sobre exposición a la insulina hace que estos receptores (son mecanismos moleculares) digamos queden disfuncionales¹⁹². Dejan de funcionar, algunos se destruyen y algunos se apagan por así decirlo genéticamente, son factores de regulación genética a través de la exposición continua a la hormona.

Inv: Como que se cansan de trabajar.

Dr. Escalante: Exactamente, eso se llama regulación a la baja de los receptores

humanitarios. Dichas modificaciones encuentran, en palabras de Foucault la oportunidad de acomodar una necesidad a nivel de salud pública, con acciones que benefician el control y manipulación de la sociedad. En prácticas como estas quienes son más beneficiados son los capitales que incrementan rubros como la producción, dejando desprotegidas a las personas quienes se verían más beneficiados interviniendo en el origen del problema, más que en su clasificación y tratamiento.

¹⁹² Esta afirmación del participante, acerca del argumento biomédico que explica el inicio del fenómeno mórbido Diabetes Mellitus, hace alusión a lo discutido en el capítulo uno en el cierre del concepto psicosocial, en el que se discute que, mientras la biomedicina explica cómo inicia el fenómeno, no alcanza a explicar por qué sucede ese proceso. Lo que el médico nombra como un apagado de los receptores de insulina se explican con singular naturalidad en el caso de los diabéticos que manifiestan dicho fenómeno mórbido a una edad avanzada en la que buena parte de la organicidad biológica se encuentra en decreción; pero ese argumento no es viable para explicar por qué niños y jóvenes, en los cuales no hay un envejecimiento biológico-orgánico se presenta ese apagado de receptores. Siendo que no hay respuestas de otro orden para esa pregunta, se trata de incógnitas que consideramos deben ser tratadas desde una óptica diversa, para aproximar respuestas.

Inv: Hace un rato mencionó que precisamente hay un vínculo entre obesidad y diabetes, ¿cuál es ese vínculo, como se afectan, cómo uno conduce al otro?

Dr. Escalante: la obesidad central sobre todo, visceral, la que tenemos nosotros en el abdomen generan marcadores y, digamos, se llaman citoquinas inflamatorias o marcadores inflamatorios que predisponen tanto al cáncer como a la resistencia a la insulina, la inflamación generalizada que experimenta una persona obesa definida como un índice de masa corporal mayor a 29.9, éstos marcadores inflamatorios además de generar esa resistencia a la los tejidos de la insulina genera también otras enfermedades como cáncer, depresión, etc. Entonces la manera en que lo hace es muy sencillo, es a través de activación de hormonas. Se desencadena, bueno se genera en la célula adiposa la utilización no solamente de grasa sino de hormonas alternas que siguen generando más glucosa en el organismo obligando a utilizar más insulina y digamos a parar los receptores que antes le mencioné. Es lo que llamamos nosotros el síndrome metabólico, una, la punta del iceberg se le dice a esta resistencia a la insulina, mucho tiempo se ha estudiado y es uno de los factores que se intentan prevenir en medicina de primer nivel.

INV: En los últimos años, Dr. ha habido cambios cómo se presenta la diabetes

Dr. Escalante: si, por ejemplo la diabetes, conforme la introducción al país, sobre todo en México de la comida rápida, de los jarabes de maíz, de los productos sintéticos, la diabetes experimenta una aparición temprana en gente más joven, eso se ha visto en los últimos quizás diez, quince, veinte años

INV: las estadísticas mundiales hablan de que ya hay incluso niños con diabetes no?

Dr. Escalante: Si, bueno la diabetes tiene una división importante en su clasificación, la tipo I, tipo II, la gestacional y otros tipos de diabetes; siempre se ha estudiado la aparición de diabetes en personas jóvenes únicamente que ahorita se da mucho más, la incidencia ha aumentado con la introducción de las comidas el sedentarismo, etc., México actualmente es el primer lugar en obesidad, en infantil estamos, si no me equivoco en primer lugar, y en obesidad mundial en adultos somos el primer lugar mundial, este año logramos ese lugar.

INV: esta diabetes que se presenta en los niños o en personas jóvenes que está incrementando su número, esto que se llama fisiopatología es la misma que la del adulto, funciona igual, la deficiencia es la misma en el niño que en el adulto

Dr. Escalante: si exactamente, en el caso de la diabetes mellitus tipo II si, es la misma fisiopatología, en el caso de la diabetes tipo I es una destrucción demasiado rápida mediada por anticuerpos del propio sistema, ahí la incidencia es mucho más genética que por otros factores, en el caso de la diabetes tipo II si. es la misma fisiopatología para cualquier edad.

Inv: ¿Esta diabetes que implica la destrucción total o rápida de estas células, era la que se denominaba juvenil en algún tiempo?

Dr. Escalante: No, esa es otra, antes que. La diabetes juvenil ahorita es diabetes del adulto en presentación temprana en jóvenes, algo por el estilo. En inglés por las siglas MODI. Pero la diabetes juvenil ya no es parte de la clasificación actual

INV: ¿Y esta diabetes que se está presentando en niños es de tipo II?

Dr. Escalante: si. en personas jóvenes es principalmente tipo II, en niños es más común la diabetes tipo I que la diabetes tipo II

INV: Dr. en relación al saber médico frente a un fenómeno patológico humano como la diabetes mellitus en qué situación se encuentra el saber médico, es decir es conocido que la DM no tiene una cura definitiva; en qué situación está ese saber médico frente a un fenómeno como DM hay esperanza de que se encuentre una cura, o se apunta más hacia el control de los pacientes, como se encuentra esa situación, esa relación?

Dr. Escalante: No creo que haya una cura muy cercana, como le comento hay factores que son poco modificables, es una enfermedad multifactorial, pero si creo que haya en un futuro nuevos medicamentos que puedan llevar a un mejor control. Ahora yo creo que la base del problema no es el control del paciente diabético, es la modificación de los riesgos que nos puedan acelerar la aparición de la enfermedad.

INV: Esta relación es, ¿cómo decirlo?, ¿todo obeso terminará siendo diabético inevitablemente?

Dr. Escalante: No, no porque intervienen como le dije al principio otros factores, la diabetes es multifactorial, hay obesos que experimentan otras enfermedades y nunca experimentan diabetes.

INV: Pero se habla que buena parte de los diabéticos tuvieron ese antecedente de obesidad.

Dr. Escalante: si es un factor predisponente muy importante, pero no la obesidad causa diabetes, hay factores genéticos, factores dietéticos, hay otros factores, otras enfermedades que llevan a la diabetes por ejemplo la pancreatitis y otros factores, otras enfermedades autoinmunes. Hay una relación directa, pero no todo lo obeso es diabetes, si hay una asociación fuerte.

El informante comienza a mostrar su opinión sobre el fenómeno mórbido, el dominio sobre el tema que la racionalidad le permite se observa con cierta claridad al mostrarse como autoridad sobre el constructo clasificatorio mórbido; está ahí presente el aplastante peso del discurso biomédico institucional.

Llegado el momento –como se muestra en el siguiente fragmento– interrogamos al médico sobre la incongruente relación sobre el amplio saber biomédico respecto de la *Diabetes Mellitus* y las crecientes cifras de la misma “enfermedad”; con ello la temática comienza a entrar en un terreno diferente, la opinión –contenida en el testimonio–, se observa con un menor dominio en profesionalismo del informante cuando éste se expresa. Esa expresión se observa siempre guiada por el fuerte componente biológico que al inicio de la entrevista quedó manifiesta. La opinión en esta ocasión parece mostrar que, ante la debilidad de argumentos suficientes para responder, el médico recurre a argumentos clásicos o históricos sobre la etiología de la “enfermedad”, la respuesta se orienta en la dirección de la ignorancia y la falta de

capacitación del personal médico en general, como motivos del incremento alarmante de casos de diabetes. En ello se hace presente una vez más elementos para identificar en el testimonio la *Atención biomédica institucionalizada*; podemos atestiguar lo anterior en el siguiente fragmento:

INV: ahí va una de las preguntas que probablemente no sean de su dominio, pero que considero importante conocer su opinión. Si sabemos desde el punto de vista médico que la solución no es la atención de las afecciones o de las complicaciones, ¿qué está sucediendo? si sabemos que el secreto de la diabetes está antes de que las personas enfermen porqué la enfermedad está creciendo en lugar de ir bajando?

Dr. Escalante: Bueno a mi parecer son dos respuestas, la primera es que la peor enfermedad es la ignorancia, la gente no está bien informada, tiene miedo de utilizar insulina, no toman en cuenta o vaya prefieren relajar los hábitos alimenticios, olvidar el deporte, vaya por la misma ignorancia. Y número dos vaya es sencillo indicar un tratamiento para cualquier médico, los ajustes y el buen control indica una preparación para todo el personal médico, cosa que yo también creo que falta; ahora para tratar de retrasar la incidencia de la enfermedad no solamente es parte del médico sino también parte de la persona, a lo mejor, no creo que sea problema de la persona, en algún grupo de la población yo creo que si está culturizada y sí está consciente de la enfermedad, pero simplemente en ese momento no le dan importancia, no? No les preocupa a pesar de tener factores de riesgo importantes para presentar la enfermedad. Entonces una yo creo que es fuertemente la ignorancia y dos yo creo que es simplemente falta de preocupación de la persona.

INV: Todas las personas a las que se les da el diagnóstico, de tener *Diabetes Mellitus* para ellos para todas es un fuerte impacto afectivo, todas la reciben así.

Dr. Escalante: Algunas personas si, algunas no. Algunas personas vivieron el diagnóstico de la enfermedad en familiares cercanos de primera línea y son las personas que se esperan la enfermedad. Sobre todo porque refieren haber consumido o haber tenido una muy mala dieta y se lo esperan. Otras personas, las que no cuentan con familiares de primera línea, sino cuentan a veces con abuelos, o tíos diabéticos y reciben la noticia de la enfermedad pues si, si es impactante para ellos. Y preocupante si. El paciente que está consciente de la enfermedad desde el primer momento que se le indica que tiene la enfermedad se preocupa por tener un buen control y modificar que es lo primero en la línea del tratamiento el estilo de vida y los hábitos alimenticios.

INV: es decir que quien venía más o menos consciente que podía presentar esa diabetes no, continúa con ese estilo o esa actitud.

Dr. Escalante. si, la mayoría, no es un grupo de pacientes específico pero si es grande si es general.

INV: ahora en relación a los pacientes de este hospital, ha o puede notar puede discriminar alguna circunstancia particular que caracterice el vivir con *Diabetes Mellitus*.

Dr. Escalante: exactamente de Venustiano Carranza?, de la región tengo varios pacientes, son grupos diferentes, hay pacientes que se preocupan por su enfermedad, otros que les tomó mucho tiempo asimilarla y aceptarla y otros pacientes que sinceramente yo creo que no les explicaron bien el manejo y el curso de la enfermedad que pues no le dan mucha importancia;

la gran mayoría de pacientes en Venustiano Carranza, si se preocupa por las cifras de glucosa pero eso ha sido un ejercicio que hemos tratado de hacer, al menos en estos últimos seis meses, de explicarles cuál es la cifra que deben tener en ayuno, después de una comida, qué tratamientos y cómo tratarse a sí mismos, que finalmente ellos son portadores de la enfermedad y uno pues nada más dicta las reglas de juego, qué medicamentos tomar, eh en el caso de utilizar insulina cómo aplicárselas. Pero si es un grupo en general responsable la mayoría hay como siempre pacientes renuentes que ellos mismos te dicen doctor no cuidé mi dieta, ni tampoco hice ningún tipo de ejercicio ni ninguna actividad física como lo dicta la norma ni las guías clínicas.

INV: ¿Dr. en su experiencia escuchando a estas personas, a qué causas no médicas atribuyen los pacientes tener *Diabetes Mellitus*?

Dr. Escalante: casi siempre son situaciones de estrés, o experiencias relacionadas con miedo. A partir de una emoción intensa o una situación estresante. No solo en esta región sino en todo el país.

INV: ha escuchado por ahí en la escucha de los diabéticos alguno que atribuya su padecimiento a malas intenciones o cosas sobrenaturales

Dr. Escalante: si acaso una persona, pero casi no, es muy raro.

INV: en ese caso en que las personas refieren algo así, se encuentran indicios para pensar que la persona pueda tener alguna afección de tipo psicológica o de tipo psiquiátrica

Dr. Escalante: no, yo creo que está asociado más bien al nivel de cultura.

INV: Cree usted que es posible pensar que haya una relación entre conflicto psicosocial, es decir problemas personales como de la familia y el grupo social en que se vive con tener poco control de la *Diabetes Mellitus*, podemos asociar esos elementos?

Dr. Escalante: en muy pocos casos talvez, sobre todo esposas que viven violencia intrafamiliar, si a veces eso les afecta y sobre todo con mujeres que cursan con depresión mayor asociada a una enfermedad crónico degenerativa tienden a abandonar el tratamiento y a descuidar su control

INV: esto que ha mencionado problemas como la depresión asociados a la enfermedad crónica ¿qué tan comunes son acá?

Dr. Escalante: No he visto muchos casos, aquí en Venustiano Carranza al menos habrán como tres o cuatro casos cuando mucho y a lo mejor es demasiado

INV: habrá alguna característica que pudiéramos pensar que previene que eso suceda, acá en Venustiano Carranza como pudiéramos pensar que sucede en otras ciudades grandes.

Dr. Escalante: pero prevenir

INV: que prevenga que estas enfermedades como la depresión surjan talvez que la familia sea más integrada o

Dr. Escalante: En la depresión mayor hay detonadores, la enfermedad es genética también, si podrían evitarse los detonadores, pero a veces un detonador pueden ser únicamente el perder el

trabajo o la muerte de un familiar y esos son factores que no pueden prevenirse, entonces no, no creo que haya algo que pueda evitar la enfermedad como tal.

Las últimas líneas de este fragmento permiten identificar la exclusividad organicista, que la biomedicina establece respecto de lo que se ocupa, al grado que padecimientos típicos como la depresión en padecimientos crónicos –que por su constitución de larga duración cuestionan la voluntad de vivir de aquel que la padece– como la diabetes, son puestos en una estricta etiología genética biomédica.

En el siguiente fragmento, y basándose en su experiencia, el médico expresa el contacto que ha tenido con personas jóvenes, además de su percepción sobre las características comportamentales del individuo con diabetes en la localidad. Discrimina diferencias comportamentales del paciente joven al paciente mayor; con ello encontramos elementos para aislar una categoría a la que denominamos *Motivo diferencial de hospitalización*. En ésta hay elementos para suponer que, en muchos de los casos, aquello que finalmente conduce a la hospitalización en pacientes, no es estrictamente un motivo único, ni exclusivamente biomédico, sino que es posible identificar una conjunción de motivos, tanto biomédicos –biológicos– como psicosociales. Uno de los principales motivos de hospitalización en pacientes jóvenes es una especie de refugio, ante la experimentación de las consecuencias de haberse desmandado festivamente, al margen de las indicaciones médicas, y recurren a la hospitalización para asegurar su tranquilidad ante la recaída sintomática a causa del descuido; en ello identificamos la categoría *Pacientes jóvenes*. En otras palabras el sujeto joven que se hospitaliza con ese precedente, atestigua con ello haber sido presa –además de haberse entregado por completo– de la demanda de satisfacción pulsional; suponemos con ello una biología joven, que con ello responde con cierta flexibilidad soportando los embates de las consecuencias sintomáticas de la fiesta, flexibilidad no presente en el caso de aquellos pacientes en edad avanzada, quienes probablemente por el mismo motivo –satisfacción pulsional–, terminan verdaderamente descompensados de su afección diabética. Podemos verificarlo en el siguiente fragmento:

INV: ¿cómo recibe el paciente diabético la hospitalización? ¿cómo le viene a él?

Dr. Escalante: pues por lo general los pacientes que tienen una complicación aguda de la diabetes son pacientes que posteriormente están asustados y tratan de llevar un mejor control

INV: Reciben bien la hospitalización

Dr. Escalante: reciben, si reciben bien la hospitalización, hay gente que ya sabe cuándo va a estar hospitalizada; sobre todo los pacientes jóvenes que consumen alcohol o bebidas embriagantes y eso les lleva a una descompensación; ya tienen, ya saben perfectamente bien a dónde los llevan y lo reciben bien. La gente mayor que tiene otro tipo de descompensaciones que ya son más crónicas como por ejemplo pie diabético infectado ellas lo reciben de otra manera se deprimen prácticamente porque a veces hay que amputar una extremidad o hay que amputar alguna falange que es un miembro de su cuerpo y eso los lleva a depresiones, si los deprime.

INV: hablando de estos pacientes jóvenes qué tan común es encontrar en Venustiano Carranza pacientes diabéticos jóvenes? o ¿qué tan jóvenes pueden ser los pacientes diabéticos en Venustiano Carranza?

Dr. Escalante: habré visto en consulta externa aproximadamente como a tres y cinco pacientes jóvenes andando entre veinte y treinta años, es poca todavía la. Al menos solicitar consulta para control o para diagnóstico al menos en el consultorio donde yo estoy no es muy alta, pero yo creo que es por falta de detección porque hay mucho paciente obeso aquí en Venustiano Carranza y en todo México, eso sí. Pacientes obesos con tendencia y factores de riesgo fuertes para presentar la *Diabetes Mellitus* por eso me refiero tanto a esas enfermedades.

INV: es posible identificar algún tipo de patrón comportamental en Venustiano Carranza acerca de la manera en que la familia responde ante el paciente diabético?

Dr. Escalante: si, la verdad es que la familia, casi siempre el paciente diabético viene acompañado, porque ya tienen muchos años en control o meses en control y casi siempre el familiar les apoya ya sea con la aplicación de insulina o la toma de medicamentos, entonces los familiares tratan de apoyar al paciente diabético por lo general es un patrón que reconozco aquí en los pacientes de Venustiano Carranza. O sea hay apoyo de la familia, si hay apoyo.

INV: el hecho de que Venustiano Carranza sea o podamos definirlo como un estilo de vida rural o un ámbito rural, eso afecta o ayuda a los pacientes diabéticos aquí.

Dr. Escalante: si, yo creo que si les afecta, sobre todo el que sea una entidad rural y bueno muchas veces gente de bajos recursos limita el tratamiento de la diabetes precisamente porque a veces estamos limitados en cuanto a medicamentos,

INV: La escases de medicamentos.

Dr. Escalante: no solo eso sino hay pocas opciones para iniciar un tratamiento o para modificar un tratamiento.

En las últimas líneas podemos identificar la opinión del participante, respecto del papel de la familia como grupo inmediato del diabético, en ello encontramos la categoría *Apoyo familiar al paciente diabético*; esta opinión encontrará algunas variantes respecto del testimonio de otros participantes, cuyas condiciones laborales difieren por tratarse de personal que se encuentra permanentemente en su puesto laboral en el hospital a diferencia del estatus temporal de este médico. En esta categoría es posible identificar los vínculos afectivos establecidos, los cuales

actúan ante lo que se percibe como la desgracia, que experimenta un miembro de la familia; la consideración de que el verdadero motivo del fenómeno mórbido es un “mal” o “enfermedad”, que ataca irremediabilmente al individuo del exterior, y con ello independientemente de la propia vitalidad, alimenta esa condescendencia en la irremediable circunstancia, construyéndose con todo ello el panorama que parece indicar que la única salida –o al menos la más apegada a valores morales como tolerancia, comprensión, amor– es la facilitación de la consulta terapéutica biomédica.

En nuestra experiencia en el ámbito hospitalario, atestiguamos que médicos con especialidades como la del Dr. Escalante, son considerados en extremo valiosos, en vista del conocimiento que poseen; esa valoración se traslada incluso al mismo personal médico. Ello hace entre otras cosas, que se programen con ayuda del conocimiento y cercanía del médico, una cantidad enorme de consultas para este practicante de la biomedicina. En ocasiones llegamos a presenciar que el médico internista tenía programados en su agenda del día más de 20 pacientes; si tomamos en cuenta, que por las características de los pacientes que este médico consulta, es necesaria una exploración completa y un análisis detallado de su situación biopsicosocial, resulta comprensible que estos médicos, al atender todas las variables, inviertan una suma considerable de tiempo, por lo que desatienden con mucha frecuencia, la contemplación de aspectos psicosociales que, aunque trascendentales no se dispone del tiempo para su inclusión en el análisis. Alguna vez tuvimos oportunidad de convivir con residentes de medicina interna, extremadamente sensibles a la situación psicosocial de los pacientes, por lo que terminaban atendiendo muy pocos pacientes para poder dedicarles tiempo en su labor.

Categorías identificadas:

Atención biomédica institucionalizada; Mayor apego femenino; Motivo diferencial de hospitalización; Pacientes jóvenes; Apoyo familiar al paciente diabético.

4.1.2. LTS. Morales

Acudimos un día cerca de las 14 horas al hospital para solicitar a algunos miembros del personal entrevista, la Licenciada en Trabajo Social de quién aquí presentamos el análisis aceptó otorgarnos la entrevista en el momento en que se la solicitamos; por lo que nos dispusimos a realizarla inmediatamente. Esta participante es trabajadora de base y labora en el hospital desde 10 años atrás. Es una de las dos trabajadoras sociales en el hospital y su labor está limitada al

trabajo con pacientes en el área de consulta externa, puesto que rotan o circulan por periodos de seis meses o un año con la atención del servicio de hospitalización. Es ella una de las dos coordinadoras del taller mensual de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

La entrevista se realiza el día 12 de septiembre de 2013 en la oficina de trabajo social del área de consulta externa del recinto hospitalario.

Tenemos a continuación algunos fragmentos del testimonio en los que identificamos los puntos clave, por ello los exponemos para posteriormente proceder al análisis del contenido considerado importante.

Podemos identificar inicialmente al principio del testimonio una definición rápida de *Diabetes Mellitus* desde una postura biomédica, en ello identificamos la categoría previamente establecida denominada *Atención biomédica institucionalizada*, para el caso de este participante los componentes que indican la presencia de esa categoría son la apropiación del discurso biomédico en su labor y opinión; es cierto que la presencia de los componentes para esta categoría y en esta informante en particular no son tan frecuentes ni marcados como en el caso del informante anterior, pero sus rasgos básicos están presentes. Podemos corroborarlo en el siguiente fragmento:

Investigador (Inv): ¿Cuál es su nombre licenciada?

LTS. Morales: Mercedes Morales Díaz. Licenciada en Trabajo Social

Inv: Gracias. Su función en la Clínica ¿cuál es?

LTS. Morales: Es la profesión de trabajo social

Inv: Licenciada desde su posición laboral, desde su postura laboral, ¿qué es la diabetes?

LTS. Morales: La diabetes pues es una enfermedad que padecen los pac... las personas que tienen elevación de azúcar en la sangre; eso es para mí la diabetes de acuerdo a lo que así en cortas palabras, es más largo el concepto pero lo más práctico que yo les digo a las pacientes es que es la elevación del azúcar en la sangre.

Inv: En relación a esa *Diabetes Mellitus*, ¿cuál es su función aquí en la clínica?

LTS. Morales: Pues a las pacientes se les integra a un grupo de capacitación; primeramente son cuatro sesiones en las que tienen que capacitarse, lo más básico de la diabetes. Posteriormente ya que termine la integración a grupo ya se les hace integración al grupo de autoayuda, en el cual se les hace, esas reuniones son cada tres meses; tiene que venir que se les hace recordatorio de los grupos que han tenido, participa psicología, algunos temas participa el médico y otros temas la que por lo regular siempre en todas las sesiones es la actividad física, como para que estemos cimentando, es el objetivo es de cimentar la, eh, dentro de ellos para

que sea una rutina más que nada, porque la gente de acá no está acostumbrada a realizar ejercicio.

Inv: Es como promover la salud a través de ejercicio

LTS. Morales: Exactamente, y más que nada promover la actividad física dentro de su vida cotidiana, que la incorporen. Porque es algo que ellos no, por manera de pensar muchos me dicen que no les gusta salir a caminar o hacer ejercicio que porque rápido piensan mal de ellos. No quieren porque dicen que los hombres piensan que a lo mejor andan buscando que se quieren poner en línea porque andan buscando otro hombre.

Inv: ¿Hay esas creencias en las personas?.

LTS. Morales: Exactamente, por eso no muy quieren entonces lo otro que les digo es que si quieren salir a caminar acompañadas de otras dos o tres señoras o con su pareja pues que se encierren en su casa y pongan música, pero es que van a decir que estoy loca, pues enciérrese usted y nada más y vea cómo baila, con tal de que realice sus actividades físicas.

La segunda parte del fragmento que acabamos de leer muestra una aproximación a los argumentos que utilizan las mujeres con diabetes en la localidad, para explicar el desapego al hábito de la actividad física promovido por los agentes de la institución hospitalaria; en ese testimonio se develan componentes de las siguientes categorías: *Persona en desacato e Interés material, desinterés mórbido*. Se trata de una sutil diferencia entre las dificultades para acomodar el tiempo necesario para hacer ejercicio en el cúmulo de actividades que la mujer en estas condiciones tiene como deberes del hogar –tomando en cuenta factores como la escasez económica para contratar a alguien que ayude en esas labores–, al tiempo que se vincula al incumplimiento de las acciones que adquieren los miembros que aceptan incorporarse en al Programa gubernamental, por el que reciben un beneficio económico a cambio de una adaptación de sus hábitos cotidianos. Nuestra experiencia en la escucha de las preocupaciones de la mujer en la localidad, confirma que la mujer en estas condiciones se ocupa de diversas labores tanto domésticas, como por ejemplo comerciales, educativas, de trámites institucionales de orden educativo, médico, comunitario, etc., lo cual hace verdaderamente difícil que una mujer pueda encontrar el tiempo idóneo para programar la práctica de actividades físicas; suponiendo que pudiera encontrar el momento de programarlo, resulta en varios sentidos injusto que una mujer que se la ha pasado buena parte del día en las labores mencionadas se disponga a la práctica de actividades que traen como consecuencia final cansancio físico; por ello es común que la mujer en lugar de programar y ejecutar la práctica de actividades físicas busque un consuelo biopsicosocial a la situación que se le presente al entrar el último tercio del día, la contemplación

de programas televisivos dramáticos o la charla de su situación y la escucha de la de otras es común en lugar del deporte.

En el fragmento siguiente podemos observar lo que concierne al aspecto psicosocial de los individuos con diabetes y de las familias a las cuales pertenecen, respecto de que no flexibilizan sus hábitos alimenticios por tomar en consideración a uno de los miembros con diabetes. Esta opinión es contraria a la que se observó en voz del médico internista, quien afirmaba que el paciente diabético recibe apoyo de la familia; puede apreciarse en la opinión de la trabajadora social una especie de tensión dialéctica entre el apoyo de los familiares al interior de la familia del diabético respecto y de la adaptación de hábitos alimenticios:

Inv: Licenciada es posible identificar con alguna característica, alguna cualidad a las personas que tienen diabetes, es decir se identifica por alguna actitud especial, por tener tristeza, por tener debilidad, por no venir a su cita. ¿Hay alguna forma que se les pueda identificar a los diabéticos?.

LTS. Morales: Pues este algunos los que ya están resignados ¡no!. Ya lo toman como algo normal o natural estar viniendo, pero si se siente eso cuando muy les acaban de dar la noticia de... A penas hace como dos o tres días vino una paciente, creo que fue la semana pasada, vino una paciente que le dieron la noticia y quería morir, entonces este... al principio como que les cuesta aceptar, piensan que al tener azúcar ¡ya! se les acabó su vida.

Inv: ¿Se les acabó su vida?.

LTS. Morales: ah ja y.

Inv: Esa idea piensan.

LTS. Morales: Esa idea piensan y entonces talvez por la falta de información; se les tiene que capacitar, se les dice que es una actividad normal pero pueden morir de lo que sea si es que llevan un buen control, pueden tener un nivel de vida bastante... bien si es que llevan, si es que ellos también participan en su control.

Inv: De acuerdo, gracias. Licenciada ¿qué opina la población en general sobre la enfermedad del azúcar, la diabetes?, ¿qué se dice?.

LTS. Morales: Pues ahí si no sabría yo decirle porque por lo que yo he podido observar si saben tienen conocimiento de la enfermedad pero a fondo no saben exactamente qué es la diabetes; saben nada más que la enfermedad es mala y que mata pero nada más. Y tanto es que a veces algunos familiares pues no apoyan con los pacientes, son pocos los familiares que se preocupan por los pacientes; o sea hay poca participación del núcleo, de los hijos por en base a la alimentación. Porque a veces la señora quiere hacer su comida de acuerdo a su dieta pero la familia no está de acuerdo con lo que ella come, come con poca azúcar o come con poca sal, come menos grasa, quieren comer antojito y la paciente pues al hacer otro tipo de comida pues se le antoja y como que ahí va cayendo en lo que es su, lo que su dieta sobre su alimentación vaya!, más que nada lo que debe de comer.

Inv: Ahora que menciona esto del ambiente familiar, en Venustiano Carranza los pacientes son bien aceptados por su familia, los pacientes diabéticos. O hay problemas para que se inserten en su familia para que los apoyen.

LTS. Morales: Pues hay problema, yo lo que he observado es que hay problema para que lo acepten en la familia, más por lo de este... en lo de que es la alimentación.

Inv: En ese aspecto es donde hay más problema.

LTS. Morales: En ese aspecto, si porque la familia quiere comer como están acostumbrados a comer normal.

Inv: ¿Y el paciente diabético ya no puede?.

LTS. Morales: Y al hacer el otro tipo de comida, el diabético se le antoja y agarra lo que hay. Y a veces hay pacientes que le insisten en que coma y el paciente pues cae.

Inv: Es decir la familia no flexibiliza su dieta normal solo porque haya un miembro diabético.

LTS. Morales: Hemos tenido aquí reuniones con familia para hacerlos ver que esas cosas esos aspectos, para que nos apoyen con el paciente. Sí le empiezan unos días pero después vuelven a caer. También la familia en lo que no contribuye es que a veces ya sea el esposo o los hijos, ya ve que el paciente si el estado emocional también es un factor importante para que la diabetes se suba .

Inv: ¡Claro!.

LTS. Morales: Entonces la, los hijos a veces le dan o causan muchos problemas o el marido también, sabemos que el paciente tiene que controlar sus emociones y a veces la familia en ese aspecto tampoco apoya; apoya muy poco.

En la referencia a las dificultades que las personas diabéticas muestran para apearse alimentariamente a las indicaciones médicas se encuentran elementos de la categoría *Alimento psicosocial*, en esta la persona más que nutrientes necesarios para la bioquímica orgánica se ve exigido a la alimentación como una demanda socioafectiva que la introduce al entramado socioafectivo de su grupo inmediato: su familia.

Al final de este pequeño fragmento observamos que se hace referencia a los conflictos interpersonales del diabético con su cónyuge o con sus hijos, lo cual es percibido como vivencias que agravan la situación mórbida del individuo, en ello encontramos elementos básicos de *Estrés a lo largo de la vida*, una categoría analítica.

En el siguiente fragmento encontraremos alusión a la opinión de la profesionista entrevistada respecto a los motivos de la adquisición de la diabetes, en ello se observa una reproducción del discurso biomédico; es decir responsabiliza al individuo en su actitud sedentaria

por la “enfermedad”; también confirma desde su experiencia laboral que el número de personas que debutan con diabetes va en aumento alarmante.

Posteriormente se muestra su testimonio respecto de la asistencia al servicio programado de atención médica, que incluye a los diabéticos, refiere esta informante que se observa entre la población desinterés cuando no hay de por medio la contraprestación económica, en ello se encuentra *Interés material, desinterés mórbido*; en esta opinión pareciera que el paciente con diabetes asiste condicionado por el beneficio económico, más que por una preocupación auténtica por su salud, o al menos por lo que se entiende como el concepto de salud biomédica, que es el modelo bajo el cual funciona esta institución hospitalaria; sin embargo en la expresión de ello ofrece otros elementos que podríamos ubicar en la dimensión psicosocial, ya que nos muestra que la asistencia a los compromisos de atención médica son atendidos por mujeres y solo una mínima parte de los varones, en a esas alturas el testimonio está ingresando a la dimensión de *Mayor apego femenino*. Lo ratificamos en el siguiente fragmento:

Inv: Si, si. Usted cree que esa alimentación tradicional de la región favorezca el surgimiento de nuevos casos de diabetes o el agravamiento de los que ya están presentes.

LTS. Morales: Pues yo pienso que la principal causa aquí es por la práctica de hacer ejercicio porque no es por herencia. Ahorita la verdad los están analizando bien y están saliendo muchos pacientes diabéticos.

Inv: ¿Hay muchos pacientes diabéticos?.

LTS. Morales: Hay muchos, muchos son hijos de diabéticos y otros por sobrepeso también por la mala alimentación, más que la gente ahorita se está atendiendo, los chamacos pues los hijos se van a la alimentación chatarra.

Inv: Ya, ¿hay mucho consumo de alimentación chatarra?.

LTS. Morales: Y, sin hacer ejercicio entonces están, una, una parte están gorditos y otros por herencia también. Por la alimentación que no se cuidan, comen mucho dulce, mucho refresco. No hay un cuidado en fin, aunque ya saben que se tienen que cuidar porque es hereditario o que están propensos por... por traerlo ya en la familia; o por tener una mala alimen., por comer mucha azúcar o sal, sin ejercicio también podemos enfermarnos pero como que la gente no le está cayendo el veinte. A veces nosotros también en el aspecto personal de salud tampoco nos cae el veinte, je, je, qué esperamos de la poca población, la población que tiene poca información.

Inv: Claro, ha escuchado licenciada de alguna manera no científica que la gente tenga de tratarse la diabetes, es decir no a través de la medicina científica, ¿de qué otra forma se trata la gente la diabetes?

LTS. Morales: Yo sé que una paciente estaba tomando tecito, hay no me acuerdo qué tecito, dice que le cae muy bien, hasta se, hasta el azúcar lo mantiene baja, no sé hojas de qué estaba tomando y dice que le estaba cayendo muy bien, y yo le dije pues si le está funcionando adelante sígalo tomando. No le dije que lo evitara, ni le llamé la atención, si eso la hacía sentir bien, y si le estaba funcionando pues que lo siguiera consumiendo.

Inv: Por ejemplo infusiones, remedios de yerbas.

LTS. Morales: Son remedios caseros que toman, si ellos escucharon que lo estaban tomando para el azúcar lo toman sin dejar de suspender el medicamento.

Inv: Claro, ¿Ha escuchado de alguna otra forma de tratarse?

LTS. Morales: Pues este no sé si será científico o no, pero una paciente dice que le dijeron que se tomara su propio pipí

Inv: Ah, ja. Y escuchó sobre el resultado de esa

LTS. Morales: Pues quedó aquí la paciente hospitalizada

Inv: Es decir tuvo el efecto contrario a...

LTS. Morales: A lo que le habían dicho. Y la tuvimos hospitalizada por eso nos enteramos que, porque estuvo hospitalizada la paciente

Inv: ¿Últimamente licenciada, usted cree, o en su trabajo tiene información sobre si últimamente se ha mantenido o ha aumentado el número de pacientes con diabetes, personas con diabetes?

LTS. Morales: Ha aumentado, ha aumentado. Yo lo veo acá

Inv: ¿Va creciendo?

LTS. Morales: Va creciendo. Y la población que más está afectando son mujeres

Inv: ¿Se observa más en mujeres?

LTS. Morales: Son mujeres, más en mujeres que en hombres. Porque de nuestro grupo vemos unos tres, cinco, seis hasta diez hombres pero la mayoría el resto es de mujeres. Digamos un grupo de 100 haiga 10 hombres.

Inv: 100, 90 mujeres, 10 hombres.

LTS. Morales: si

Inv: Licenciada usted cree que se estén enfermando más las mujeres o vengán a buscar ayuda menos los hombres

LTS. Morales: ¿Cómo?

Inv: Es decir, ¿se están enfermando más solo las mujeres o se están enfermando también los hombres pero no vienen a buscar atención médica?

LTS. Morales: Puede ser; porque el hombre casi no muy le gusta venir a la consulta más que nada por la actividad del campo. Ya viene el hombre ya cuando realmente está complicado; cuando ya empieza a sentirse mal es cuando ya acuden al servicio de urgencias o en hospital y ahí es donde se les detecta

Inv: ¿Licenciada en sus acciones laborales que tiene con los pacientes diabéticos hay alguna diferencia en la respuesta de las acciones de hombres a las mujeres, quienes responden mejor a sus acciones preventivas, a esta promoción de la actividad física con los diabéticos?

LTS. Morales: La mujer

Inv: ¿La mujer responde mejor?

LTS. Morales: El hombre muy poco, no quiero decir, generalizar, pero muy pocos hombres son los que llevan las cosas como debe de ser; y la mujer no, la mujer participa un poco más, aunque a veces tenga que echarse a la familia. Y cuando es el hombre el paciente vienen la mujer acompañándola; cuando es la mujer la paciente la diabética el esposo no se ve que ande ahí

Inv: ¿Es decir la mujer viene sola?

LTS. Morales: Ah ja!, cuando es el hombre viene siempre con su mujer. La mujer como ella es la que cocina se le explica cómo es que tiene que comer y ahí hay más colaboración por parte de la familia que cuando es la paciente la mujer. Como que la mujer apoya al hombre y el hombre muy poco apoya a la mujer. Es lo que he observado

Inv: En estos, licenciada en estos grupos que usted tiene, de capacitación de este trabajo con sus pacientes diabéticos como que faltan de vez en cuando los pacientes

LTS. Morales: Ah, si faltan

Inv: ¿Quién falta más, o los hombres o las mujeres?

LTS. Morales: Pues ahí se va, porque el hombre casi no muy le gusta venir

Inv: ¿Casi no?

LTS. Morales: No, y las mujeres no vienen ya sea porque se le olvidó; ya sea porque ya está cansada ya no quiere venir, por falta de interés o porque ya le quitaron el apoyo de oportunidades

Inv: Ese es un punto importante. Vienen por

LTS. Morales: Antes venían porque se les pagaba, y ahora que les quitaron, me he encontrado varios pacientes que no quieren venir y les he estado diciendo que tienen que venir aunque les hayan quitado que ese apoyo sabían que se los iban a quitar y más que nada se les hizo para que ellos se hicieran conscientes de que chequearse cada seis meses o cada año, que ya les quedara a ellos como una costumbre, porque les daban para que se cuidaran y además que los únicos perjudicados son ellos al no atenderse. Le digo no vaya pero el día de mañana, pasado lo voy a tener en la clínica bien descontrolado, y si le va bien no la van a trasladar y si le va mal haber si no se va bajo tierra, tres metros bajo tierra, eso es lo que está usted buscando. Es un medio

jaloncito de orejas y las hago reflexionar un poquito pero hay algunos que regresan y otros que no, pero yo creo que se enojan más que nada porque les quitan el apoyo

Inv: Es decir entonces licenciada que anteriormente las personas que tenían diabetes recibían un apoyo económico para ayudarse

LTS. Morales: La mayoría de pacientes diabéticas reciben apoyo, tienen oportunidades

Inv: Pero acaba de mencionar que se los retiraron a algunas

LTS. Morales: Se los retiraron algunas y son las que dejaron de venir; y son las que estamos, como nos la reportan como remisas son las que estamos mandando a llamar. Y están diciendo que no vienen porque ya no tienen dinero, ya no les dieron el apoyo, no tienen.

Inv: Es decir que por decirlo así una preocupación real por su salud no es suficiente para venir a sus sesiones, a sus cursos

LTS. Morales: Exactamente, eso es lo que les quiero hacer consciencia que la responsabilidad de su salud son ellas, sino el gobierno no. Que muy independiente que recibieran el apoyo, ellos tienen que preocuparse por su salud, porque tienen que participar.

Inv: Licenciada ahora que menciona usted al gobierno, este es un hospital gubernamental, de financiamiento gubernamental; ¿usted cree que eso tenga que ver con que los pacientes no hagan caso de lo que la promoción a la salud les dice, hay alguna resistencia porque estos servicios provienen del gobierno?

LTS. Morales: Pues no sé si sea por eso, porque la gente dice que si no estuviera la clínica saber que sería uno, supuestamente unos los agradecen. Yo pienso que ahorita están molestos porque. Pero en cuanto empiecen a sentir las complicaciones van a venir corriendo.

Inv: Tarde o temprano vienen

LTS. Morales: Tarde o temprano, es que lo van a sufrir y van a tener que venir. Ahí tengo pues una paciente que no había venido y ahora que ya salió alto hasta insulina le dieron, y ahorita dice: ay si tiene usted razón. Pero ya para eso ya que cuanto esperó. Entonces son de las primeras que les quitaron, tiene casi como un año sin tratamiento; y van a tener que venir.

Inv: ¿Licenciada, las personas con diabetes mellitus por lo general, por lo regular cooperan o no cooperan con lo que se les pide que hagan para mantener su salud?

LTS. Morales: A veces, cuando quieren cooperan, cuando no quieren no cooperan

Inv: ¿La mayoría coopera o no coopera?

LTS. Morales: Se puede decir que... si cooperan

Inv: La mayoría coopera

LTS. Morales: Como un 60-70% coopera

Inv: ¿El resto?

LTS. Morales: No, es muy, este está entre, ahí andan

Inv: Usted cree que la enfermedad denominada Diabetes mellitus sea un problema social en Carranza, en Venustiano Carranza, es grande el problema.

LTS. Morales: Pues si la gente no se cuida, puede llegar a ser grande. Ahorita talvez no lo sea, pero a futuro si seguimos así va a serlo y no solamente en Carranza, sino dentro también del personal del hospital.

En la última parte del fragmento podemos observar en palabras de la informante, como la inasistencia de los varones a la atención biomédica es entendida como desinterés por su estado de salud –argumento válido en una primera lectura–, sin embargo está latente en ese mismo testimonio que no se trata de un desinterés por su bienestar, sino un gran interés por atender la demanda del ideal institucional y en segundo orden los intereses propios.

En el fragmento siguiente nos resulta posible observar que este informante desempeña sus funciones laborales directamente con personas con diabetes, para ella aquella persona que no responde aceptando los lineamientos institucionales cae en desacato o incumplimiento con los deberes que la institución establece como requisito para entregar la contraprestación. Aunque también es una realidad que la atención en estos centros hospitalarios demanda tiempos de espera largos con lo que las personas invierten buen tiempo en el que desatienden sus labores cotidianas. Más aún cuando la atención recibida es considerada útil por los usuarios, más no indispensable cuando no se trata de una urgencia o emergencia.

En consonancia con lo expresado líneas arriba por esta misma informante, corrobora la información estadística de orden público acerca del incremento de pacientes con diabetes y la novedosa aparición de personas jóvenes.

Inv: En sus cursos tiene más hombres o más mujeres con diabetes.

LTS. Morales: Más mujeres; el 90% son mujeres.

Inv: La información a nivel internacional habla de que la diabetes mellitus está creciendo, que ya no es una enfermedad exclusiva de gente mayor, habla de que hay cada vez más personas jóvenes e incluso niños con diabetes, puede observar algo de eso en la población de Carranza, hay jóvenes con diabetes o niños?.

LTS. Morales: Pues horita no muy jóvenes, niños no nos han salido con diabetes, hasta ahorita, al momento, que yo sepa no, o si han venido a la consulta no me lo han derivado, pero que yo sepa no he tenido. Antes se miraban de 50-40, ahorita ya tengo pacientes de 30 años

pero están en edad adulta. Más que tuvimos un paciente que joven, sé que muy joven lo tuvo ya falleció, es de Carranza, es de Flores Magón.

Inv: ¿Qué edad tenía?.

LTS. Morales: Tenía a lo mejor unos 16 cuando adquirió la enfermedad, pero como fue muy mimado nunca quiso llevar el tratamiento y en muy poco tiempo, tal vez como a los 20 años falleció el muchacho.

Inv: ¿Es decir que la edad está bajando, cada vez más jóvenes están teniendo azúcar?.

LTS. Morales: Pues yo no he tenido población joven.

Inv: Pero me decía hace un momento que tenía personas de 30.

LTS. Morales: Ah, de 30 comencé a tener últimamente en este año, si empezó pero muy poco.

Inv: ¿muy poca?.

LTS. Morales: Muy poco.

Categorías identificadas:

Atención biomédica institucionalizada; Persona en desacato; Interés material, desinterés mórbido; Alimento psicosocial; Estrés a lo largo de la vida; Mayor apego femenino.

4.1.3 PAC. Díaz

La entrevista al Promotor de Acción Comunitaria (PAC) se llevó a cabo el mismo día que la entrevista de la trabajadora social. Tuvo lugar también en las instalaciones del hospital. Las funciones laborales de este informante en el hospital son el contacto directo con las personas, las familias, las colonias, los barrios. Probablemente este sea el trabajador de la institución hospitalaria cuyo trabajo es más cercano a las personas y menos a la institución, por lo que su visión es ampliamente útil en la tarea de discriminar lo psicosocial en los individuos diabéticos. En nuestra experiencia la persona, además del trabajo del PAC. Díaz es altamente valorado por la población, principalmente por las titulares –es decir por las mujeres quienes son las que reciben el recurso económico como apoyo–; esa alta valoración de esta persona obedece a que tiene la capacidad de modificar la documentación que registra las inasistencias de las familias y sus miembros a las diversas citas a actividades como consulta médica, presencia en talleres de capacitación, grupos de apoyo, etc. (contraprestaciones), que influyen en la recepción del pago bimestral. Por ello se observaba con frecuencia a Díaz siendo buscado por las personas para resolver detalles técnicos que pudieran obstaculizar la obtención del apoyo económico o para la

tramitación de recursos económicos que a través del programa llegan solo a determinadas personas por sus características –numéricas, grupo de edad, tipo de oficio en el que se desempeñan para ganarse la vida, etc.–; en esa función y en el contacto que ordinariamente tiene este participante directamente con las personas, posee un conocimiento amplio de las preocupaciones y alegrías de la gente.

En la medida en que su trabajo está vinculado con la difusión del ideario del programa, en su lenguaje se observa buena parte de la terminología de los lineamientos operativos del Programa gubernamental para el que labora, con ello su testimonio entra en la dimensión *Atención biomédica institucionalizada*. El trabajo que éste desempeña es descrito con sus propias palabras de la siguiente manera:

Inv: ¿Cuál es su nombre?.

PAC. Díaz: [...] Díaz [...], promotor de acción comunitaria de aquí del hospital de Venustiano Carranza.

Inv: Gracias, usted es promoción, promotor de acción comunitaria. ¿En qué consiste su trabajo don Julio?.

PAC. Díaz: Bueno, eh, son múltiples actividades pero principalmente como dicen es la atención primaria de la salud; lo que es la promoción, que incluye pues más que nada la, lo que es el modelo de atención educativa. Eso es lo que aplicamos directamente. Este modelo consiste en tres partes fundamentales. La primera es la difusión masiva, diríamos este, radio; en su caso, si lo hubiera televisión, promoción a la salud en cuanto a nivel masivo, asambleas, reuniones lo que son así con grupos de personas específicas, también lo que implica toda la promoción en cuanto a folletos, trípticos; enfocados a la prevención de enfermedades de cualquier índole. Esa es una de las primeras bases fundamentales del modelo, que es la difusión masiva.

Inv: O.k.

PAC. Díaz: Ahora, en cuanto a grupos son tres, son tres vertientes, difusión masiva, segmentación de audiencias, grupos específicos como le acabo de mencionar; y la otra son de carácter individual, lo que son las consejerías, las conoce no?.

Inv: si, si.

PAC. Díaz: Pues enfocados a los diferentes temas de acuerdo a los problemas de salud que pudieran haber, no?.

Inv: en la población.

PAC. Díaz: En la población, ese es uno de los puntos principales que manejamos; y de ahí ya se derivan, 'ora si como dicen los diferentes programas que abarca el instituto, que salud reproductiva que eso es lo que nos están encargando mucho ahorita, no? La prevención de la

muerte materna, y si lo enfocamos en las tres bases que comentábamos ahorita, bueno pues más que nada es la promoción en radio, a veces nos toca hacer programas de radio, este pues lamentablemente ahorita acabaron las radiodifusoras, este ya nada más hay una particular y eso nos está generando problemitas de difusión.

Inv: ¿Aquí en Carranza acabaron las radiodifusoras?

PAC. Díaz: Si de forma, las culturales que nos apoyaban más que nada.

Inv: ¿ya no están trabajando?.

PAC. Díaz: ya no están porque eran, ahora si que de forma, un convenio de forma gratuita nos apoyaban. Sí, pues nosotros íbamos con los talleres, con los temas; invitábamos a los médicos o a enfermeras y pues ya se hacían los programas. Pero en este caso le digo, lamentablemente ya solo queda una particular y pues eso nos genera recurso y.

Inv: gasto.

PAC. Díaz: si, y más que nada ahora si que no hay la forma de hacer una coordinación por lo mismo hace que, eh, pues no tengamos el espacio en este momento ¿no?. Pero en el caso de los grupos como sabe nosotros trabajamos con grupos específicos aprovechamos mucho lo que es, este, las familias de oportunidades que pues de hecho casi es el 100 % de la población del universo de trabajo que nosotros tenemos aquí en el hospital.

Respecto de las personas con diabetes a las que dirige su trabajo este informante opina que el fenómeno es concebido como algo trascendental en la vida. Al grado que ante su aparición sobreviene una verdadera modificación del actuar vital, ello es lo que analíticamente denominamos *Angustia fenomenológica* y se trata de una especie de desesperación al reconocer en la voz de otro, en este caso del médico que la vida es, como se había conocido pero no sabido, es finita y que su momento en la vida se encuentra oficialmente en curso hacia esa finitud.

Es posible encontrar también trazas que parecen indicar que son las acciones orientadas a promocionar la salud, las que tienen al menos una cuota de responsabilidad de que el fenómeno sea visto como una especie de entidad viviente a la que hay que combatir y en ello mismo hay que temer, en ello, este informante profesionalmente ante su encuentro con la angustia fenomenológica utiliza con sus argumentos de *Atención biomédica institucionalizada*, la explicación más cercana a su dominio: *Interés material, desinterés mórbido*. Las acciones de promoción a la salud difunden, a través de su modelo biomédico la esencia del reduccionismo teórico que aísla la entidad mórbida, pudiendo en ello atribuirle corporalidad propia y con ello también intenciones propias, nada buenas por lo que al final conlleva.

También puede identificarse en su testimonio la escasa presencia de medios masivos de comunicación en la entidad, lo cual de alguna manera incide en la comunicación interpersonal de

ideas, entre ellas la de la promoción del autocuidado de la salud, en buena medida ello es muestra de la situación sociopolítica de la localidad.

En el siguiente fragmento identificamos su opinión respecto de la opinión de la población acerca del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*; se aprecia el dramatismo que Díaz alcanza a percibir en las personas que ingresan a la dimensión del padecimiento, la tragedia que parece surgir en el encuentro que tiene lugar entre el sujeto y la construcción mórbida, una vez más nos encontramos frente a la *Angustia fenomenológica*:

Inv: quiero preguntarle desde su perspectiva laboral cómo concibe usted la diabetes mellitus

PAC. Díaz: Bueno pues,

Inv: ¿Cómo la concibe la gente?

PAC. Díaz: La gente lo percibe de una forma muy drástica, muy dramática, ¿si?. Y lamentablemente, usted sabe que cuando la gente se le diagnostica la diabetes, pues lamentablemente es una situación que los confunde, que los confunde, que principalmente piensan que es una enfermedad ya muy este... terminal por así decirlo, ¿no?. Así lo perciben ellos. Y desde luego, este, ellos piensan que es una situación muy, muy este drástica, no sé cómo explicarle

Inv: que les cambia toda la vida

PAC. Díaz: Pues si, que les cambia toda la vida no?. Porque piensan ellos que solamente cuando les diagnostican eso, la enfermedad, pueden ellos; no sé, cómo que se les acaba el ritmo de vida que ellos llevan, y en sí es cierto, ¿no?. Los cambios bruscos de bajo de peso, las sensaciones, las molestias que ellos tienen pues, básicamente supongo que, supongo yo que eso les hace pensar que la situación es un poco crítica. El problema que tenemos es que cuando nosotros hacemos la, la promoción generalmente no es tomada así en cuenta como tal, como consejo; sino que lo toman como una información muy general y que ellos están exentos de tal padecimiento, de tal problema, aunque tengan antecedentes ahora sí hereditarios.

Inv: aunque sea muy seguro que les vaya a dar, ¿no?.

PAC. Díaz: que les vaya a dar, sobre todo como dicen, este nosotros estamos gordos pero suponemos, o la gente supone que es por la buena alimentación que tienen.

Inv: ah, ja.

PAC. Díaz: Cuando realmente sabemos que efectivamente no lo es, ¿no?.

Inv: es todo lo contrario.

PAC. Díaz: es todo lo contrario. A parte también lic'. este yo percibo esto de que la gente con el medio económico que tiene usted sabe que aquí en la región hay mucho consumo de carbohidratos principalmente de, el pozolito; aquí si la gente más que nada no tiene una buena alimentación decíamos, no sé si no tienen algo que comer se lo pasan el día consumiendo pozol

y pozol. Y eso es muy sabroso, pero también este, relativamente supongo yo que también influye mucho para tener este pues el grado de obesidad que ellos tienen.

Inv: sobrepeso.

PAC. Díaz: sobrepeso, si es cierto.

Inv: aquí en la clínica, en el hospital, ¿de qué manera es atendida la diabetes mellitus?

PAC. Díaz: bueno, primero que nada, ahora sí que la promoción. De hecho nosotros iniciamos un proceso de prevención, preventivo en las comunidades pero vuelvo a recalcar que eso no lo valoran como tal, y que cuando presentan ya un padecimiento, presentan signos, síntomas de la diabetes pues ya acuden para acá, ¿sí?, desde luego pues la atención es ahora sí que con seguimiento vaya, pues les tienen que sacar las muestras primero, son tres muestras que deben ser consecutivas, de acuerdo a ahora sí que a los resultados que ellos den, y finalmente pues son diagnosticados si ya son positivos, o a la mejor son prediabéticos o a lo mejor hubo algún tipo de, no sé de incremento de los niveles de azúcar en sangre, no?. Pero finalmente cuando ya son diagnosticados, se les proporciona el tratamiento que el médico recomiende, si de acuerdo a edad, peso y todo; y posteriormente son canalizados al SAIS, donde se les, por medio del nutriólogo les hacen una dieta que supuestamente para bajar, este la cantidad de carbohidratos, la cantidad de alimentos que están consumiendo de más, hacerles una dieta balanceada y posteriormente se les cita cada mes, para llevarles el control

Inv: Inician ya un control mensual

PAC. Díaz: Un control mensual, desde luego esa dieta lamentablemente, hablaba yo hace ratito de la situación económica, es muy difícil que alguien lleve su dieta tal como lo dijo el dietista, casi por lo regular yo veo en las comunidades que finalmente son diabéticos pero no hay otra cosa que comer que.

La descripción que Díaz hace del trayecto de las acciones institucionales, exponen a su vez el enorme recorrido que las personas experimentan hasta llegar finalmente por exclusión a la *Angustia fenomenológica*, a consecuencia del diagnóstico que confirma la presencia del fenómeno mórbido. También en este testimonio es posible identificar el actuar profesional simplemente guiado por el ideal institucional; al grado que la labor misma pasa a ser representada por las intenciones del diseño operativo de la institución. Es posible identificar en su opinión como responsable de la desatención a la salud, a la pobreza, a las carencias que ésta conlleva – *Pobreza como agravante*–, al desconocimiento de la información biomédica que debería orientar el actuar cotidiano –*Atención biomédica institucionalizada*–; es posible identificar en su actuar la defensa de lo que, a los ojos biomédicos, las personas deberían hacer para vivir; se ingresa así a una dimensión del deber ser por cuenta del ideal institucional.

En el siguiente fragmento está presente la concepción de que las personas pertenecientes al Programa IMSS-Oportunidades cumplen con sus obligaciones por el condicionamiento que de

éstas depende el recibimiento del apoyo económico, es decir la categoría *Interés material, desinterés morbido*. La percepción de este participante no atribuye el bajo impacto de las acciones de promoción a la salud a un desinterés legítimo de la población; sino a un desinterés con injusticia contrario del beneficio material, más prioritario por las condiciones socioeconómicas que en su escases, eclipsa el auténtico actuar preocupado por el bienestar. Parece presente en las palabras del participante, que cumplir es importante, pero más lo es sobrevivir para la mujer en la medida de que siempre está presente la *Pobreza como agravante*; mientras que para el hombre cuando hay alguien que exige autocuidado, a el mismo lo exime de esforzarse y de participar ello cuando obedece a su imaginario de masculinidad dominante, mientras que se observa exteriormente un *Mayor apego femenino*. Este aspecto del testimonio coincide con lo expresado en la opinión de la trabajadora social, quién afirma que el ideal local masculino favorece el ausentismo a los servicios hospitalarios:

Inv: Don Julio, la revisión de la historia de la región marca que esta localidad ha sido históricamente marcada por una lucha por la posesión de la tierra, un régimen agrario diferente al resto del país o de las poblaciones urbanas, y eso marca o eso deja entrever una cierta actitud en contra de las instituciones, por ejemplo en contra del gobierno, en contra de las instituciones gubernamentales; el hecho de que esta institución de este hospital sea una institución gubernamental cree que pueda influir en este bajo impacto de las acciones de promoción a la salud provenientes de la institución.

PAC. Díaz: No, definitivamente no eh, a tal manera de que la gente acepta la promoción

Inv: ¿Si la acepta?

PAC. Díaz: Sí la acepta independientemente de todos los problemas sociales o políticos no se nos ha dificultado seguir haciendo la promoción o seguir trabajando los talleres. Desde luego nosotros checamos cuando está grave el asunto como aquí tenemos que soltar y presionar a veces, ¿no? dependiendo el punto de, de, cómo se le puede llamar de tensión que haya dentro de los problemas sociales. Entonces definitivamente no, no, no creo yo este que influya mucho esto. Lo que puede influir mucho y pienso que es así, la poca presencia como hora sí que en el sexo masculino, ¿si?, porque finalmente la gente, los padres de familia son los que casi nunca están, se encuentran trabajando, no.

Inv: ¿Durante las acciones de promoción?

PAC. Díaz: si, durante las acciones de promoción, entonces en los hombres finalmente tiene muy poca capacitación u orientación, porque son grupos que realmente se nos dificulta, este... hacer que vengan ellos

Inv: A ellos, a la población masculina llega poco la promoción

PAC. Díaz: Si con ellos es muy poca la promoción. Porque adolescentes, las señoras que son titulares que de cierta manera, entre comillas, está obligada a, o...

Inv: ¿a asistir?

PAC. Díaz: si, a asistir, o a acudir a su contraprestación, que es escuchar las sesiones y todo eso, entonces ahí si no hay ningún problema. Pero en cuanto a los hombres; inclusive para hacerse las detecciones en sus consultas, pues tienen que ser ahora si que muy, este, tienen que estar muy bien programadas para que ellos puedan acudir a la consulta.

Es posible identificar una coincidencia, como ha quedado expresada, en el testimonio de la trabajadora social y de este informante en el sentido de opinar que la ausencia de los varones en las acciones en ellos a cargo, se debe en buena parte a incumplimiento del deber, esto es una reafirmación del *Mayor apego femenino*. Podemos pensar que la valoración compartida de estos dos trabajadores del hospital, tiene un origen similar y se vincula con su función como difusores o promotores del ideal institucional; ahora, en el momento en que ellos difunden el mensaje institucional esperan que el mensaje en sí sea suficiente para modificar el actuar del usuario, al no ser así resulta muy frecuente que dicho fracaso se atribuya al trabajador, quién es señalado institucionalmente como responsable de la ineffectividad del ideal, siendo que aquello que llevó al fracaso la operativización del ideal institucional es que choca en diversos ámbitos con la realidad que el individuo vive en la comunidad y que facilita su incumplimiento. En ese proceso finalmente queda involucrado el prestigio del trabajador al menos en su faceta laboral, por lo que éste ordinariamente se toma como “personal” el fracaso en la modificación de nuevos estilos de vida propuestos a la población con la que trabajan; ante ello resultaría comprensible que ese trabajador se vaya formando una opinión desfavorable acerca de las capacidades adaptativas de los individuos, como en parte puede observarse. Es decir que en vista de que el trabajo de estas personas se basa en un ideario institucional preestablecido, no proviene o toma poco en consideración la realidad que cada individuo vive en su contexto social comunitario o familiar; como parte de su trabajo está preestablecido lo que se debe difundir y lo que se debe esperar de esa difusión, más no la atención personalizada que tome en cuenta las vicisitudes de cada sujeto. Por esas características presentes que a su vez son condicionantes laborales, la cuota de subjetividad que estos trabajadores pueden imprimir a su labor es mínima, al no haber un compromiso subjetivo también la empatía involucrada es mínima, con ello el resultado de su trabajo es percibido como objeto impropio, ajeno a su dominio.

En el fragmento siguiente encontraremos que el impacto que el diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tiene sobre la población no es favorable, y regularmente lleva al rechazo; tiene lugar una negativa a adaptar las prácticas cotidianas de vida a lo propuesto por la *Atención biomédica*

institucionalizada, ello es el encuentro de ésta con la *Angustia fenomenológica*. La meta institucional traducida en acciones a lograr en determinado tiempo, se transforma en intenciones del trabajador quién en esa dirección teórica orienta su actuar profesional; ello conlleva a un desafío en el que el sujeto del fenómeno mórbido comienza a no poder cumplir –en lo que lo más probable es el desarrollo de conflicto sujeto-institución– y el trabajador de la institución que lo percibe como alguien incumplido, como *Persona en desacato* de sus deberes. La parte final del fragmento exhibe la presencia del *Alimento psicosocial* en las dificultades a las que el individuo se enfrenta cuando recibe la indicación biomédica de suspender nutricionalmente un alimento que nutre de continuidad espaciotemporal la existencia.

En el siguiente fragmento El Promotor de Acción Comunitaria refiere lo siguiente:

Inv: De acuerdo. En general la población ¿qué dice, qué opina sobre la enfermedad, sobre la diabetes? ¿Qué se dice sobre el azúcar?

PAC. Díaz: Comentaba hace rato de que de alguna forma ellos lo ven como una enfermedad terminal.

Inv: Cercana a la muerte.

PAC. Díaz: ah ja. Se dice que el que tiene azúcar está condenado de por vida, como dicen a seguir un patrón de dieta y de medicamentos que en sí no es aceptado por el paciente.

Inv: ¿No es aceptado?.

PAC. Díaz: Sin embargo le digo, debido a los problemas que esto genera entonces tiene que ir adaptándose en cuestiones de medicamentos, pero finalmente de una dieta como decíamos es muy difícil que lo acepten ellos. Porque finalmente si ellos se comían su chicharroncito muy sabroso, pues ahora ya no lo van a poder hacer. No, ese es el problema que genera para poder aceptar que finalmente el paciente está, pues ahora sí mal.

Inv: Es decir que buena parte del problema es el rechazo a, o la negación a privarse de ciertos alimentos.

PAC. Díaz: De ciertos alimentos

Inv: Que comúnmente consumía la persona. De acuerdo. Don Julio, ¿la comida tradicional de la región favorece que haya mucha diabetes?

PAC. Díaz: Si, claro, bueno. Aquí ya ve la comida tradicional es el cochito, pues siendo una de las, la otra es la barbacoa, otra que pues ora sí que comúnmente son los chicharrones que comentaba.

Inv: ¿Es el chicharrón de puerco?

PAC. Díaz: De puerco claro, y finalmente pues ‘ora sí que ya yéndonos a extremos económicos pues finalmente el pozol, que es tradicional y que generalmente es más carbohidratos que otra cosa.

Inv: De acuerdo.

PAC. Díaz: Así es.

Categorías identificadas:

Atención biomédica institucionalizada; Angustia fenomenológica; Interés material, desinterés mórbido; Pobreza como agravante; Mayor apego femenino; Persona en desacato.

4.1.4 Dr. Chiñas

El caso de este informante es interesante. Se trata de un médico familiar que por más de 15 años ocupó el cargo de Coordinador de epidemiología tanto del hospital rural Oportunidades de Bochil, Chiapas, como del hospital rural “Venustino Carranza”. Actualmente es jubilado del servicio laboral, y aunque no es originario, es posible encontrarlo ocasionalmente en la localidad; ante ello decidimos convocarlo para una entrevista, la cual aceptó con gusto. Este informante además de ser médico también es diabético. Con el Dr. Chiñas coincidimos por seis años en la labor profesional, él desde la ciencia médica y nosotros desde la psicológica. En esos años con frecuencia me abordaba personalmente para informarme acerca de la derivación de algún paciente, y me ponía al corriente de aquello por lo que él consideraba que mi trabajo era necesario con esa persona. Con frecuencia se trataba de personas cuyo tratamiento antihipertensivo, hipoglucemiante o analgésico no respondía como se esperaba, o por experiencias traumáticas interpersonales agudas.

El trabajo institucional de este informante era básicamente el de concentrar y analizar la información epidemiológica de la población de la cabecera municipal y sus áreas de influencia, así como coordinar los tratamientos de personas con enfermedades como tuberculosis o VIH. A pesar de que su labor estricta era esa, a la entrada de su consultorio se podía observar todo el tiempo a personas esperando para poder “hablar” con él; casi la totalidad de esas personas buscaban atención médica, pero por alguna razón elegían ir con el Dr. Chiñas y no a los consultorios de atención médica general. La gran mayoría de esas personas eran mujeres de muy escasos recursos, a los cuales el médico les tenía una gran paciencia para escuchar lo que les sucedía. Ello hacía que la población de Venustiano Carranza le tuviera un alto aprecio por el gran sentido social que su actitud le imprimía a su práctica profesional.

La entrevista tuvo lugar en su domicilio particular; ésta oscila entre su experiencia vivida como persona con diabetes, sus conocimientos biomédicos y algunas observaciones respecto de su trabajo epidemiológico.

Su testimonio dio inicio como una charla respecto de lo que caracteriza a las personas con *Diabetes Mellitus*, para tomar un curso distinto al que tomaba la mayoría de las entrevistas de este tipo. Comentó rápidamente la presencia de estresores en la vida cotidiana del diabético, con lo que identificamos el *Estrés a lo largo de la vida*; llama poderosamente la atención la forma en la que se concibe la presencia del estrés en las personas, pues en su experiencia las éstas viven estresadas crónicamente al grado de naturalizar su presencia y mostrarse ante la comunidad como si nada nuevo sucediera, como si el estrés fuera un acompañante íntimo, cotidiano y en la medida de su naturalidad, oculto. También se aprecia la *Pobreza como agravante*; si recordamos los datos que la sección socioeconómica del Capítulo 2 observamos que del 86% de la población el 50% vive en pobreza extrema y el restante en pobreza, lo cual habla de las condiciones favorables por motivos socioeconómicos ante esa realidad, y aun cuando es posible identificar una relación causa y efecto, más que nada se observa de fondo una recurrencia de casos. Posteriormente expone un panorama endémico de la localidad, para pasar a explorar la diabetes; inicialmente se identifica la exposición de una práctica orientada desde la *Atención biomédica institucionalizada* –en vista de que se pone gran énfasis a los datos estadísticos para valorar la salud de una población–, para ir dando paso gradualmente a una visión más apegada a la dimensión psicosocial en la medida en que toma en cuenta las condiciones de pobreza, abandono, adicciones crónicas, características éstas contra las que la biomedicina no tiene tratamiento eficaz. El fragmento en que lo apreciamos es el siguiente:

Dr. Chiñas: es, este, es su medio ambiente de ellos, su pobreza, su necesidad de la comida, no?, su medio ambiente su casa; eso es estresante para ellos. No lo demuestran como un estrés que están estresados; simplemente están estresados.

Inv: hay mucha pobreza

Dr. Chiñas: simplemente la función de que no mejoren con los tratamientos es esa situación del medio ambiente que están viviendo constantemente con sus hijas, con sus hijos. Tienen hijos que son profesionistas y no son dignos de darles un miserable peso para que coman; porque mucha gente me lo platicó, ¿no?. Mi hijo es maestro, la mayoría es maestro. Otros no son maestros pero son trabajadores. Pero qué dicen los señores, mi hijo no me da. Porque porque tiene su esposa, con la que vivieron y tiene su esposa y sus hijos; y el maestro que tiene mayor capacitación, preparación, no son dignos de ir a verlos. Y hay desinterés de los hijos que tienen posición porque como maestros ya ganan mejor ya tienen casa de lujo, o amueblada; la

casita donde ellos vivieron ya no llegan. Entonces eso les afecta a los papás, a los viejitos diabéticos. Interfiere en que ellos puedan seguir con sus vidas, quisieran tener a sus hijos, por lo menos a que les dieran un peso; pero no les dan nada, y tienen posición. Los otros que son jornaleros bueno qué tanto pueden ganar con el jornal, y mantener dos o tres hijos con el esposo. No viven en la opulencia pero su casita de barro tienen, entonces ellos le dicen, no me alcanza pa' darte. O a veces les llevan algo, a veces el que no tiene es el que más está con la mamá, y el que tiene ya es otro mundo de él. Ya convive con otras personas de su misma categoría, de supuestamente.

Inv: Bueno, ya entramos en materia pero primero me gustaría aclarar algunas cuestiones técnicas de la entrevista. ¿Usted es médico?

Dr. Chiñas: Médico familiar

Inv: médico con especialidad en medicina familiar, de acuerdo. ¿Usted hizo algo de tiempo trabajando en Venustiano Carranza, atendiendo a personas de Venustiano Carranza?

Dr. Chiñas: trabajé 10 años como médico, coordinador de vigilancia epidemiológica. En mis ratos libres tenía que tratar pacientes con enfermedades transmisibles. ¿Enfermedades transmisibles como cuáles? como tuberculosis, VIH, pues eran las más comunes aquí en Carranza.

Inv: ¿Hay tuberculosis y hay VIH en Carranza?

Dr. Chiñas: ¡Hay un montón!. Un montón, un montón¹⁹³. Entonces yo llevé un control de bastantísimos de ellos. En 2002 que hice una encuesta a nivel municipal en todos los centros de tugurios que habían, en coordinación de un médico que había en la residencia les hicimos estudios a todas las mujeres de las cuales detectamos varias. Se envió a Tuxtla, porque allá manejaban el tratamiento. Y eso continuo, hace poco tiempo detecté 13.

Inv: Es decir de personas que trabajan en bares y prostíbulos.

Dr. Chiñas: Unas personas, las otras eran jóvenes, y otras mujer que también, que no era prostituta sino que vivió con un policía, y además se realizó unos tatuajes. Con el tiempo salió enferma, cuando le detecté se fue de aquí. Por ahí del 2008 o 2009 regresó pero bien mal, prácticamente vino a morir acá. Con la otra que trabajaba, esa siguió trabajando; yo siempre le recomendé que no trabajara porque podía enfermarse. En 2005 descubrí más de 25 gentes que les hice estudios que salieron positivos, de los cuales, 15 fallecieron, porque cuando les hice estudios ya estaban bastante mal, avanzados. De eso todavía existe una mujer por allá, y una que vive por acá pero muchacha, quedan dos o tres nada más; de todo el bloque que detecté. Si en 2005, pal 2006 ya habían fallecido muchos.

¹⁹³ En esta afirmación encontramos una confirmación en el testimonio de la médico residente del hospital para la fecha en que se realizó esta entrevista. En aquella ocasión la residente de epidemiología afirmaba que el manejo de cifras que había encontrado a su llegada a Chiapas y al hospital “Venustiano Carranza” era para ella de muy poca fidelidad respecto de lo que podía observar y atender en su trabajo cotidiano; atribuía esa discordancia a un manejo burocrático de las cifras, ya que en muchos casos la concentración de la información a nivel interinstitucional IMSS-SSA-ISSSTE tenía lugar de manera irresponsable, con frecuentes ausencias en la entrega de información, con el llenado por cálculo porcentual automático ante la ausencia de datos reales y en general por la histórica ausencia de una tradición en el manejo de datos epidemiológicos por considerarlos secundarios.

Inv: Oiga doctor ahora que estamos tocando el tema de las enfermedades transmisibles, alguna vez escuchó sobre registros históricos de padecimientos importantes epidemiológicamente hablando aquí en Carranza, que se hayan manifestado.

Dr. Chiñas: No, no encontré, sino comencé a hacer los padrones.

Inv: A su llegada

Dr. Chiñas: Si comencé a hacerlo, de todos los formatos nuevos que nos mandaban.

Inv: por ejemplo en el caso de la tuberculosis, puede rastrearse de qué año provienen esos casos. Alguna vez se habló que estaba erradicada la tuberculosis.

Dr. Chiñas: No la tuberculosis nunca se ha erradicado.

Inv: Nunca se ha erradicado, ¿Ni en el discurso oficial, así de las instituciones?

Dr. Chiñas: no la tuberculosis nunca se ha erradicado, se ha controlado, pero influye mucho la gente que no le da importancia. Unos de los enfermos son los teporochos, los que toman en botellas y en picos, pico de botella con otro compañero. Lo único que se tiene para detectar es que son tosedores, antes para detectarlos tenía que pasar 15 días un mes. Qué decían un tosedor crónico hay que hacerle un análisis, porque probablemente tiene tuberculosis, pero del 2004 o del 2005 para acá, o del 2002 para acá ya vieron que todo tosedor, persona que llegue con cuadro gripales a la clínica o tosedor, se le tiene que hacer un BAR,

Inv: El BAR es el examen de..

Dr. Chiñas: El examen para detectar el bacilo. Entonces sacas una radiografía a una persona tosedora no le vas a encontrar la tuberculosis plantada, a menos que tenga años con la tos y él ya se siente mal y va a estar casi sin pulmón.

Inv: Es decir que los criterios de diagnóstico se han modificado recientemente por el incremento de casos.

Dr. Chiñas: Si, por el incremento, por eso todo tosedor pasa, porque se ha detectado. Y muchas personas es decir médicos especialistas que han venido, en todo caso dicen el médico lo detectó, el médico familiar como el especialista detectó al tosedor y el resultado era una cruz. Una cruz quiere decir que tiene tres o cuatro bacilos en un campo. Cuando son de cuatro cruces hay 20,30,40 en un campo. Pero en el otro encuentras uno o dos bacilos y otros campos están limpios. Pero vas a encontrar de 50 campos uno o dos bacilos. Y si es tuberculosis ya complementada y diagnosticada. Pero el médico familiar no le daba importancia ni el internista,

Inv: ¿No les daba importancia?

Dr. Chiñas: ah porque va a sanar con un bacilo. Pero con un bacilo tienes para que te cundas tú y tu familia.

Inv: Más que con las condiciones de pobreza que no se invierte mucho tiempo en higiene

Dr. Chiñas: No, escupen en el piso, en la tierra. Entonces son situaciones, hasta la pobreza, la alimentación. Entonces si no le das tratamiento a esa persona al año está peor.

Inv: y su familia

Dr. Chiñas: si la esposa, los hijos, los vecinos. Entonces yo detecté mucho que llevaba tres meses con la tos. Le daban su medicamento para la tos, ambroxol, dextrometorfano, hasta que ya se sentían ellos agotados; entonces ya pasaban conmigo, mire el jarabe que me dan. Agarraba yo el formato del BAR, vaya al laboratorio y que le hagan una prueba. Ocurrió que cuando uno mandaba al tosedor con el papel, de exactamente en ese momento tomarle una muestra.

Inv: por lo prioritario.

Dr. Chiñas: al otro día tenía que traer otra y al tercer la última.

Inv: y no lo hacían

Dr. Chiñas: Si, lo hacían, a los dos días ya me llamaban, doctor salió positivo.

Inv: Es decir que esos pacientes ya los había atendido programadamente el médico familiar y nunca les había mandado a hacer ese.

Dr. Chiñas: No les mandaba estudio. Dos tres gentes que yo detecté así, y por qué no lo hacen, y bueno. Ya les empezaba a dar tratamiento, como yo daba el tratamiento y mucha gente mejoró en ese aspecto.

Inv: Bueno entonces, diabetes, tuberculosis y VIH era lo que más atendía por el perfil que tenía

Dr. Chiñas: Es lo que más se atendía. La diabetes es un factor, va de la mano con la tuberculosis y con el VIH. Aunque el VIH es secundario que es otro tipo de contacto es contacto sexual, pero eso deteriora al paciente diabético, y la tuberculosis van unidas. ¿Por qué?, porque la azúcar en la sangre hace que el medicamento no actúe bien, y el bacilo pues es su alimento. Entonces siempre van así.

Este participante tiene una capacidad expresiva peculiar respecto de los otros informantes, suponemos que por sus características personales, así como por el bagaje experiencial que acumuló durante sus años laborales en activo. Es observable en sus palabras la formación biomédica a la que perteneció y a la que sirvió institucionalmente por muchos años. A pesar de ello alcanza a identificar una fuerte asociación entre el fenómeno mórbido y las condiciones socio-afectivas de la población, mencionadas ya como *–Estrés a lo largo de la vida y Angustia fenomenológica–*. Atribuye como orígenes de la diabetes primordialmente a la alimentación, y al estrés como agravante; este médico con un alto sentido humano de servicio tuvo la oportunidad de introducirse a los confines del sentir y con ello del vivir subjetivo, ello lo convirtió en amplio conocedor no solo de la realidad biológica del individuo de la localidad, sino también de una especie de portavoz del pulso sociocultural. A través de su testimonio, podemos observar que su trabajo comprendía a su vez buena parte de su propia subjetividad –la identificación de

necesidades ultrabiológicas–, teniendo a consecuencia la capacidad de discriminar entre lo que sus lineamientos profesionales ideales le exigían como médico y lo que las personas necesitaban más allá de lo que su normatividad biomédica le exigía.

A pesar de tratarse de un profesionista formado universitariamente por las ciencias biomédicas, identifica con gran claridad, lo que en otros testimonios profesionales es una sutil y probable relación entre morbilidad y conflicto socioafectivo –psicosocial–. Ello nos lleva a pensar que buena parte de esos contenidos conflictuales que en su contacto afectan al sujeto diabético, tienen un curso cronológico previo plasmado en el –*Estrés a lo largo de la vida*–. Es decir pudieron estar presentes desde un tiempo previo en su forma mórbida. De esa forma no serían sino antecedentes psicosociales que moldearon sus prácticas vivenciales; de entre ellas, la más importante la alimenticia, que predispone en buena parte de los casos –que no en todos– la existencia al fenómeno mórbido.

En el siguiente fragmento su lógica biomédica se introduce al tema de la *Diabetes Mellitus*, y va intercalando experiencias personales en su testimonio. En ese ejercicio muestra la incertidumbre de la concepción biomédica respecto del origen de la enfermedad. Al hablar de su propia experiencia, tanto personal como profesional identifica elementos en juego, los cuales en sentido cronológico, tienen una fuerte carga de relación causa-efecto. Los componentes de orden psicosocial que se asoman en el juego yo-otro, médico-paciente, fueron los que permitieron que este participante alcance a comprender su situación y la cercanía con la situación del otro –algo de lo que hemos expuesto sobre la subjetividad que el individuo presta para adentrarse en la comprensión del saber del otro–. Posteriormente es posible identificar la categoría *Nutrición*, que hace referencia a los hábitos alimenticios que sustentan buena parte de la nutrición básica, es decir el ingreso de nutrientes a la biología, sin que éstos sean los idóneos, sin que sean originarios de una tradición local, y considerados ya en diversos ámbitos objeto de corrupción de la alimentación por intereses mercantiles; al respecto hemos discutido que ante la disponibilidad y bajo costo es en buena medida altamente probable que los menores y en general personas jóvenes incorporen este tipo de objetos nutricionales a sus prácticas alimenticias cotidianas. Todo ello es posible identificarlo en el siguiente fragmento:

Inv: Doctor las estadísticas a nivel mundial de la OMS y de la FID hablan de que el fenómeno de la *Diabetes Mellitus* en el mundo está saliéndose de control, este, es decir se le ha llegado a nombrar como epidemia, aunque no es una cosa de microorganismos, se le ha llegado a nombrar como epidemia, porque en lugar de , a pesar del esfuerzo de los países en todo el

mundo, en lugar de disminuir está creciendo el número de personas con diabetes, incluso ya no está presente en personas de edad avanzada, sino que está presentándose en personas jóvenes e incluso en niños.

Dr. Chiñas: Es que la diabetes hay de dos tipos, en la diabetes tipo 1 es la de este, prácticamente es insulino dependiente, en niños, de 10, 11 años hasta los 25. Pero ya sigue siendo de tipo 1, en el adolescente cuando aparece. La tipo 2 aparece de los 25 en adelante, pero en la tipo 2 empiezan por problemas alimenticios. Según todos los términos la mala alimentación que tenemos, la mala alimentación no es porque comamos, este, carne en abundancia ni todas esas cosas. Mala es cuestión que tú no comes lo necesario que necesita tu organismo, sino comes en exageración. Entonces comes mucha grasa, que hace que tú aumentes tu peso. Tu volumen. Te hace la obesidad, la obesidad provoca trastornos a nivel metabólico en el páncreas. Porqué, por el exceso de grasa inhibe el funcionamiento de la insulina.

Inv: Recientemente hará unos dos meses tuve una entrevista también con el residente de medicina interna del hospital y él me explicaba que estos casos nuevos que se están presentando de hace algunos años para acá precisamente es en niños y en jóvenes, pero es de diabetes tipo 2. Este médico decía sí efectivamente siempre ha habido diabetes juvenil, se le llamó alguna vez de a..

Dr. Chiñas: juvenil porque eran menores

Inv: hoy en día se está presentando diabetes tipo 2 que era tradicionalmente de personas en edad avanzada en jóvenes, y esto es de acuerdo a ese médico obedecía a los cambios de hábitos alimenticios, al jarabe de maíz que traen muchas bebidas endulcoradas, de alimentos procesados.

Dr. Chiñas: Pues ha aparecido eso, si es la alimentación. Qué es lo que come ahora el chamaco, sabritas, golosinas, que tienen muchos carbohidratos. El exceso de carbohidratos va a afectar en determinado momento al páncreas; porque el páncreas dice yo produzco insulina para metabolizar la grasa, la azúcar que comes, lo normal; pero me estás dando demasiada azúcar que yo no puedo segregar más. Entonces haces trabajar más al páncreas, se irrija más insulina, más insulina para acaba pero no se da abasto. Qué es lo que sucede, el páncreas, las beta, las células beta no es un volumen grandes, son un cuadrado de un milímetro de células de la insulina, pero es mucho. Nomás es casi la punta del páncreas, entonces no se da abasto.

Inv: Se acaba

Dr. Chiñas: No se da abasto por el exceso de azúcar. Qué sucede qué hay resistencia a parte la grasa que te estás, que está aumentando, la insulina se hace resistente, no llega a donde tiene que llegar para metabolizarla. Entonces es el tipo de alimentación que está sucediendo ahora en los chamacos. Yo tuve a mí me detectaron la diabetes o me dijeron que tenía azúcar en la orina cuando tenía yo 25 años.

Inv: Pero fue de la tipo 2

Dr. Chiñas: Pues, supongo, porque este... a los 25 años me dijo la bióloga, tienes azúcar en la orina; dos veces confirmó tú tienes azúcar en la orina. Yo ni le hice caso, cómo voy a tener a ser diabético, mi padres no son diabéticos, mis abuelos no eran diabéticos, mis, posiblemente mis bisabuelos que me dijeran, no eran diabéticos.

Inv: No había registros

Dr. Chiñas: No, mi familia que hubiera diabéticos no. Murieron de cáncer, y el otro tipo murió no sé de qué; que anterior no lo supe, pero no de azúcar. Entonces yo a los 25 años me dijeron, bueno yo no le di importancia yo trabajaba y estudiaba, entonces cuando vine, mi hija siguió estudiando, estudiando, estuve en el prope, perdí algunos años, pero terminé la carrera. Ya no me preocupé en hacerme estudios para la azúcar. En ningún momento, pasé por seis años en la carrera, porque fueron seis no cinco,

Inv: ¿fueron seis años?

Dr. Chiñas: ah.. sí porque un semestre lo reprobé

Inv: jaja,

Dr. Chiñas: entonces tuve que esperar otro semestre para seguir el curso. Entonces cuando fui al servicio yo pesaba 68, cuando yo me dijeron que tenía yo pesé yo 48 kilos. 25 años, flaco. De donde voy a ser diabético. Dieta, sabritas, toda esa cosa no lo comía yo. Yo lo que comía era refresco, allá en la escuela que llegaba yo al prope¹⁹⁴, mi refresco y mi torta.

Inv: la alimentación del estudiante.

Dr. Chiñas: es lo que comía en la noche porque yo salía de trabajar a las tres de la tarde y me iba a Coatzacoahuila. Entraba yo a las siete de la mañana a trabajar, llevaba mi desayuno, y era lo que yo comía yo en el desayuno a las nueve, 10 de la mañana, o a las ocho. Hasta las tres que me iba yo a Coatzacoahuila llegaba yo a las cinco y no a las cinco, a las seis que ya salía un rato mi refresco y mi torta. A las 10 que salíamos a bajar hasta Mina, irse caminando hasta el ejido, eso sí llegaba yo a comer, porque mi mamá me dejaba un montón de comida. Y hasta ahí no le daba yo importancia.

Inv: Y esta cuestión de la que hablaba al principio del estrés, había antecedentes de eso, para sospechar que ahí pudo haber

Dr. Chiñas: Por eso, yo me estresé en el 99 debido a que estaba yo haciendo trabajo, yo hacía yo los documentos para presentarlos mensualmente en el COMETAZO¹⁹⁴, de la zona, como yo era coordinador allá en Bochil. Entonces yo hacía, lo que hacía el hospital y sacaba yo lo de las unidades, de las zonas, eran cinco zonas. Entonces hacía yo mis tablas y tenía yo los datos que me daban ellos y lo mío. Cada quién presentaba los datos y yo al final presentaba completo el general. Entonces en un mes, el mes de marzo, abril, que este estaba yo capturando información, pero como miraba también mucho tuberculoso ahí también. Ahí este me fui porque me llamaron fui a atender mis pacientes, cuando regresé toda mi información que había yo hecho no aparecía en la computadora, entra y me decía que necesitaba una clave. Nadie me dijo quién puso la clave, le pregunté al ingeniero, a Manuel, porque él era el administrativo. Al jefe de enseñanza, nada, nadie supo, no pude entrar.

Inv: Ya no pude recuperar su información

¹⁹⁴ Significa Comité Médico Administrativo Zonal (COMETAZO). Se trata de una reunión mensual en la que sesionan los directivos y coordinadores de la región, tanto personal médico como operativo –médicos, Promotores de Acción Comunitaria, administradores, etc.– para presentar y analizar datos epidemiológicos en busca de orientar las acciones futuras. El coordinador de epidemiología juega un papel central en esas reuniones.

Dr. Chiñas: ya no pude recuperar esa información entonces como yo tenía en el USB en unos discos la información del hospital en ese trabajé y lo hice, en acetatos, porque en acetatos trabajábamos. Y le dije al coordinador le dije doctor me bloquearon mi trabajo no pude escribir lo demás, nomás hice lo de los, no hay problema y a partir de ahí comencé en esa fecha. Hasta agosto tuve mucho problema. Mi problema era Manuel y el ingeniero. Manuel solo no era problema, pero entrando el ingeniero eran fatal conmigo. Y más que los administrativos le decían doctor mire cuánto gana el doctor Chiñas, y el ingeniero es nivel 26 pues es menos; y él se enojaba, porque yo sacaba mas, no pues yo tengo los privilegios, pues si pero es ingeniero. Entonces esa era la molestia, entonces siempre era pleito conmigo.

Inv: había mucho estrés laboral ahí.

Dr. Chiñas: entonces había mucho conmigo y yo cuando pasó eso pensé comprar una pistola y balacearlos, me llevó al extremo de todo eso. Entonces yo salí de vacaciones en agosto y me fui a salir con mi mujer fuimos a México pero a partir del autobús ya comencé a tener problemas, del baño, cada rato estaba yendo al baño. No relacioné la azúcar lo de que estaba yo orinando, llegué a México y buscaba primero que llegaba en una esquina y buscaba servicios sanitario, la ventaja en que allá donde quiera hay. Entonces cuando regresé a trabajar me hice unos estudios tenía 250 de azúcar.

Inv: Entonces en su caso si es posible identificar un periodo de estrés

Dr. Chiñas: Si de estrés, ser coordinador y tener muchos problemas con la gente pues la verdad. Yo siempre tenía mucha consideración conmigo, los jefes siempre me llevaban bien y yo les explicaba todo lo que estaba pasando. Por eso nunca ocurrieron así no de que te van a correr. Siempre me apoyaron, me apoyaron los de la computadora, los analistas, entonces siempre tenía yo apoyo, pero me estresaba más la gente. El administrador y el ingeniero, que eran los que tenía yo; hasta yo me tuve que salir en el 2000, del 97 ingresé.

El curso de esta entrevista muestra el paralelismo que está teniendo lugar entre la experiencia que su práctica laboral le permitió y el cruce de ésta con su experiencia vital. Mientras Chiñas evocó en otro momento el sufrimiento socioafectivo como vínculo estrecho con el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, un poco sin pensar –asociativamente–, comienza a describir en su propia experiencia lo que llevó a sí mismo a desarrollar el fenómeno que en la actualidad lo acerca a sus anteriores pacientes. Los elementos ahí presentes proponen una intelección interdisciplinaria, en la que más allá del simple discurso biomédico, se encuentran presentes un discurso una tradición interpersonal laboral, una actitud ante la hostilidad interpersonal, la necesidad de ganarse la vida y la interacción con un grupo social inmediato.

Podemos apreciar todavía más de esos componentes en el siguiente fragmento:

Inv: Lo que me gustaría preguntarle es usted que vivió acá, que laboró en Venustiano Carranza, que conoció a las personas, usted cree que la comida, los menús tradicionales ordinarios comunes de esta región de alguna manera favorezcan los elementos predisponentes de la diabetes

Dr. Chiñas: Aquí lo que más puede ser es por el exceso de carbohidratos.

Inv: hay un exceso de carbohidratos?

Dr. Chiñas: aquí la gente come mucha tortilla, aquí la gente puede comer 15, o 4 tortillas de esas que hacen a mano.

Inv: la tortilla es...

Dr. Chiñas: la tortilla es carbohidratos; comen, desayunan, cenan.

Inv: ¿se consume mucho refresco también?

Dr. Chiñas: yo siento que el refresco es relativo. Tu puedes ser, ocasionar un ser diabético, un vaso que te tomes en la mañana o al medio día no te va a provocar un aumento de azúcar, ahora si te tomaras tú solo una botella de tres litros en una sentada, qué te va a provocar que se te suba la azúcar, que hay gente que si se lo toma. Te digo yo estando en Bochil me acababa una botella de tres litros en todo el día.

Inv: alguien me dijo que aquí en Carranza las personas consumen mucho el pozol

Dr. Chiñas: El pozol tiene cacao.

Inv: pero aquí se consume el blanco

Dr. Chiñas: no los dos. El pozol es carbohidrato, es maíz, son carbohidratos, te tomas tu buen vaso de pozol, comen mucho puerco también, exceso de grasa, la grasa por mucho que trabajen ellos no la consumen. Y hay personas que comen mucho puerco y están delgadas. Pero el carbohidrato es exagerado porque toman mucho pozol y toman mucha tortilla. Y el estrés de su misma situación, su mismo ambiente, tanto político, trastornos que van al trabajo, trastornos en sí políticos que estás estresado, se estresa la gente aunque digan que no, aunque digan no pero andan de aquí a allá aplicados batallando con todo el pueblo. Porque el estrés porque están pensando qué van a recibir del otro cuando hay enfrentamientos.

Inv: usted cree que esa característica de la población, esa característica por la que el ciudadano o la persona de Carranza es tan conocida en otros lados, es bravura, esa este... insumisión, cree que sea uno de los factores.

Dr. Chiñas: Es uno de los factores, pero aquí la gente acá no es porque sea malos, sino el mismo gobierno los ha hecho malos. ¿Por qué?, porque ahorita qué es lo que ha pasado con la gente indígena, anteriormente como los maltrataban como les hacían todo. Esta gente no se dejó, el gobierno siempre trató de dividir a los pueblos unidos

Inv: si para poder explotarlos

Dr. Chiñas: a separarlos para hacer comunidades divididas, hacer que tengan pleitos entre sí.

Inv: para que no tuvieran fuerza

Dr. Chiñas: par que no tuvieran fuerza entonces en un momento dado comenzó a ayudar aquellos, tú lo has visto con Grijalva [se refiere a una población denominada Paraíso del Grijalva, de un tiempo a la actualidad en conflicto con la cabecera municipal], esta gente no se

deja, se matan tanto. Entonces ese estrés que han convivido siempre, no tienen un año, tienen más de 20 años

Inv: ¿lo han hecho cotidiano ese nivel de estrés alto?

Dr. Chiñas: Exacto ese estrés, porque a la hora que estás viendo pasar un militar, un helicóptero saben que tienen que hacer algo, y tienes que correr porque si no te van a matar. Entonces ese estrés que hay en el ambiente

Inv: más esta alimentación cargada

Dr. Chiñas: la alimentación que están teniendo es un estrés, que la gente no lo sabe que es un estrés. Pero su cuerpo si reacciona, y la reacción del cuerpo es eso, que te altera todo el sistema. Por eso la situación.

Inv: en su experiencia la gente por aquí hace ejercicio, actividades físicas, cosas que pudiéramos pensar que mantienen un determinado equilibrio.

Dr. Chiñas: No hay. No hay un campo en sí. Este campo [se refiere a la Unidad Deportiva municipal, ubicada fuera de la ciudad en la carretera Tuxtla-Comitán, a dos o tres kilómetros del hospital y sin población aledaña ni transporte que lo comunique] que acaban de hacer no tiene mucho tiempo que lo hicieron, tiene como cinco años.

Inv: a parte está alejado de la ciudad.

Dr. Chiñas: aquí en la ciudad ¿qué hay? de hacer ,vamos a suponer ocho años para acá, van porque hay gimnasio, pero más por su físico, en la mujer joven, la mujer grande, adulta, no pueden no tienen el acceso, no le dan la importancia porque tienen un mundo de cosas que hacer en su casa, entonces ellas si no hacen eso no van a comer al otro día, o si no cualquier cosa, pero están ocupadas siempre en su casa, no salen a distraerse; por eso aprovechan los momentos de fiesta, que se distraen en el momento, pero cuantos bailes grandes fiestas hay aquí, los más son dos, aunque por donde quiera hay fiestecitas chiquitas, pero las grandes en las que todo el mundo participa son la esta grande y la de San Bartolo nada más.

Inv: Doctor se escuchó alguna vez en su paso por el hospital de alcoholismo, es común el alcoholismo en Venustiano Carranza?.

Dr. Chiñas: bastante, aquí los jóvenes, desde jóvenes son alcohólicos. Drogas.

Inv: Adicciones a drogas.

Dr. Chiñas: adicciones, pero el alcoholismo es el principal, es permanente en todas las familias.

En sintonía con lo leído el diagnóstico de *Diabetes Mellitus* surge en algún momento de la vida del sujeto, este por lo general trastoca la tranquilidad del individuo, quién ha venido experimentando *Estrés a lo largo de la vida*, como resultado de los conflictos sociopolíticos de la región. En ese proceso no se hace sino anunciar lo que la persona venía experimentando, se confirma que su existencia entra oficialmente a una dimensión en la que hay una dimensión

conflictual de las funciones ordinarias en diferentes sentidos, vital, familiar, laboral, conyugal. La última parte del testimonio confirma la presencia de diversos factores que obstaculizan la posibilidad de que el individuo acerque para sí acciones que favorezcan su curso tradicional conductual propicio para la formación de fenómenos mórbidos, estos son la lejanía de espacios de actividad física y esparcimiento, presencia de prácticas adictivas, etcétera, los cuales cierran un círculo vicioso con la alimentación típica de la localidad.

En el fragmento siguiente encontramos ejemplos en que el Dr. Chiñas expone las rutas prácticas que la existencia biopsicosocial utiliza para construir el fenómeno y sus deprimentes consecuencias sintomáticas. El ejemplo es paradigmático, ante el descuido de las condiciones mínimas –situación biológica– y la presencia del fenómeno mórbido ya funcional, se comienza a perderse no solo la vitalidad, la esperanza de vida, y la funcionalidad, sino literalmente los dedos, pies, piernas, la funcionalidad renal, etc; acudimos al observar eso a un proceso funcional de *Angustia fenomenológica* que se apareja al progreso del fenómeno mórbido que en conjunción comienzan gradual y literalmente a retirar la existencia del sujeto conflictuando las entidades psíquicas y con ello las relaciones interpersonales. Respecto ese impacto que en las personas tiene el diagnóstico de diabetes, refiere:

Inv: ¿qué tan bien enfrenta la gente en Venustiano Carranza los diagnósticos de diabetes; lo enfrentan bien, asimilan bien?

Dr. Chiñas: Por lo regular no lo asimilan. Sino ya cuando están ya más avanzados, porque no toman su medicamento. Entonces cuando se le detecta usted tiene diabetes pues lo aceptan van y dicen bueno, pero no. Y siguen aunque estén tomando un medicamento pero siguen la rutina que tenían. Toman, comen y no comen ya, bueno si me dijeron que tengo diabetes me voy a cuidar, no comen de todo y aunque estén tomando el medicamento. Por lo cual el exceso de alimento con exceso de carbohidrato y grasas no le da oportunidad al medicamento que trabaje, entonces se descontrola. Cuántas personas no tienen problemas de amputaciones de dedos, de piernas.

Inv: de pie diabético

Dr. Chiñas: Porqué, porque la azúcar está circulando en todo su cuerpo, está descontrolado, un golpe y se te infecta. Por qué, porque al medicamento no les dan importancia. El medicamento lo toman pero no es suficiente, o si es suficiente pero no cuadra con el tipo de alimentación; y no aceptan la insulina porque dicen que los va a dejar ciegos. Cuando en sí la insulina es la que está circulando en la sangre que pasa a todas las partes del cuerpo en donde se tapa es en las arterias pequeñas

Inv: capilares

Dr. Chiñas: en el intercambio donde hace arteria con vena. Son tan finitos y el grano de azúcar tapa esos lugares. Está afectando, llega un momento en que tapa todo o varios conductos. o Toda la red, Qué es lo que te pasa se te ponen moradas las manos, porqué porque los glóbulos rojos ya no están pasando, porque los glóbulos rojos son los que llevan oxígeno a los tejidos y si no hay se empiezan a poner morados. Entonces en muchas personas, mucho más el adulto mayor, que son difíciles a veces, sus pies ellos trabajan a pesar de que están ya ancianos tienen que trabajar porque si no no comen, trabajan con huaraches. Un golpe, que se den con una raíz o con algo la punta de una raíz, no lo sienten porque ya no lo tienen muerto, no hay sensibilidad. Cuando viene a dar cuenta ya tienen una pequeña lesión. Más porque ni él ni la familia lo ayudan a cuidar los pies.

Esta entrevista es, a nuestros ojos, la que muestra con mayor claridad la conjunción de elementos que hemos venido, a lo largo de los capítulos precedentes, proponiendo. El profundo conocimiento de las prácticas cotidianas de los pobladores locales que este médico tiene, se conjuntan con su saber médico, que va más allá del conocimiento como lo observamos con el residente de medicina interna. En este caso se entretajan experiencia vivida diabética, conocimiento biomédico y experiencia etnográfica.

Categorías identificadas:

Estrés a lo largo de la vida; Pobreza como agravante; Atención biomédica institucionalizada; Angustia fenomenológica; Nutrición.

4.1.5 Lic. Velázquez (Nutriólogo)

Probablemente la persona más ocupada en sentido laboral del hospital, por lo que coincidir con sus requerimientos de tiempo fue tardado. Finalmente conseguimos la entrevista, que tuvo lugar en el transcurso de la mañana en las instalaciones del hospital.

Las funciones de este trabajador de la institución, como lo afirmará más adelante, consisten en el análisis nutricional de los alimentos que se sirven en el hospital, todo ello tanto en cada cama hospitalaria, como del comedor de los empleados. Ello nos lleva a la necesidad de recoger algunas experiencias en ese ámbito antes de entrar en materia de análisis. El hospital, en tanto que perteneciente a una institución normada por un contrato colectivo de trabajo, ofrece como prestación el servicio de alimentos a los trabajadores. Cada uno de los alimentos que se sirven en su comedor es diseñado o en su defecto aprobado por el nutriólogo, ello con el afán de que dichos alimentos comprendan los requerimientos de salud básicos. Es una constante que un grupo que representa la gran mayoría de trabajadores, en más de una ocasión haya objetado dicho menú; bajo el argumento que dichos alimentos no tienen sabor y rechazando ingerirlos, devolviendo buena parte de éstos, y con ello desperdiciándolos. Con ese consenso popular y con

intervención sindical, los alimentos que se sirven en el hospital obedecen más al gusto de la gran mayoría de personas del hospital, los cuales principalmente son originarios de la localidad; ello lleva a la gran mayoría del personal con formación médica, a opinar que los alimentos que se sirven en el comedor, contienen un alto contenido de grasas, carnes rojas, y por el contrario carecen de vegetales y en general de balance entre éstos. Ese ha sido un dilema, de los cuales fuimos testigo, y que en alguna medida muestra a nivel microsociedad lo que sucede en el aspecto alimenticio con la población. Ello sin duda se vincula con la labor del nutriólogo de la institución, quien se ha tenido que enfrentar a ello en más de una ocasión. En lo referente a los pacientes, ellos no tienen la posibilidad de objetar los alimentos que se les sirve.

El siguiente fragmento nos introduce a las funciones laborales del participante, a su inicio nos comienza a mostrar un panorama epidemiológico y causal de la diabetes desde su óptica profesional; encontramos en ello la presencia de una *Atención biomédica institucionalizada*, su opinión encuentra la ocasión de manifestar el componente hereditario del fenómeno, atribuyéndole a éste gran importancia, y utilizándolo para predecir el surgimiento futuro de casos. A continuación puede apreciarse:

Inv: ¿Cuál es su nombre?

Lic. Velázquez: Velázquez ...

Inv: ¿su trabajo en el hospital en qué consiste?

Lic. Velázquez: bueno, aquí yo tengo la categoría de nutricionista dietista; digamos que este, mi función dentro del hospital pues digamos que está dividida en lo que es el área administrativa y lo que es la consulta externa. También tengo parte función en lo que es el área hospitalaria, pero por desempeñar las funciones administrativas, pues se deja un poco ese lado, no ese campo, por digamos, por la falta de personal, porque a pesar de que es un hospital pequeño, ni tan pequeño porque la verdad, la demanda pues es grande, no es toda la región que prácticamente viene al hospital, a solicitar la consulta el servicio más que nada dentro del área. Pero mis funciones más que nada son, más administrativas. Más administrativas, lo que es manejo de presupuesto, pedidos diarios, proveedor, ya sea de tortillas, carnes, frutas, verduras, pedidos también de albergue, porque también prácticamente nos lo ponen un poquito por acá. Y pues por aquí en el área de consulta externa, lo poco que se puede ver y lograr en el rato, en el momento que yo estoy acá, si se ve más digamos, las consultas, que la mayor parte de la gente que viene digamos que viene por la diabetes, por la presión alta. Y la mayor parte de la gente viene con obesidad.

Inv: De acuerdo, pues nuestra entrevista tiene un interés particular con personas con diabetes, es decir en su experiencia con personas con diabetes, y usted acaba de mencionar que tiene hipertensos y diabéticos. Recientemente podríamos decir que el número de pacientes, de personas con diabetes se ha mantenido, se ha incrementado o ha disminuido los últimos meses, años.

Lic. Velázquez: pues más que nada si hablamos de años, este pues si ha aumentado. No ha disminuido, al contrario ha aumentado mucho la cantidad de pacientes, y antes pues cuando yo ingresé aquí al hospital y vine a trabajar, digamos que la mayor parte de la gente que era diabética había un rango de edad, o sea después de los 40 años, había mucha gente y más era gente del área urbana. Aquí del pueblo; pero en lo que era el área rural que manejamos la comunidad era mínimo, talvez lo podíamos contar con los dedos, pero a los últimos años ha aumentado más. Digamos que ahorita de haber cinco yo creo que hay unos 20 en cada localidad, es mucho y aquí en Carranza también ha aumentado demasiado, y no solo prevalece más en la edad después de los 40 sino ahorita por ejemplo hay hasta de 20, digamos de 27 años¹⁹⁵. Y también por lo que pasa por acá la consulta que me mandan hay mucho, muchas adolescentes también embarazadas con diabetes pregestacional.

Inv: eso estaría hablando de que podríamos pensar que esas adolescentes, con diabetes gestacional en un futuro podrían ya ser diabetes mellitus tipo 1 o 2

Lic. Velázquez: Tipo 2. Porque también si vemos hay, la mayor parte de la gente trae el antecedente de la mamá, de la tía, de la abuela, y como son jóvenes, como que también ahí está el, el, ese factor que les puede estar provocando eso. Y ahorita también yo siento que lo que más va a influenciar en todo esto es la alimentación. O sea ha cambiado drásticamente los patrones alimentarios, han cambiado de tener un patrón más sencillo, mucho más, ehh comida de cómo le dijera, pues no con mucha elaboración, más hervidito, más asadito, con muchas más cosas más naturales, ahora no, ahora por ejemplo el patrón alimentario ha cambiado, a más carbohidratos, más tortilla, más pan. Yo también siento que ahí ha influenciado lo que son las carnes, porque han aumentado su consumo más que de frutas y verduras y todo eso; y ya ve que las carnes pues digamos que los animales ahorita son *express*, son digamos de dos meses ya está en el plato, estamos consumiendo un pollo de dos meses. Anteriormente por ejemplo una vaca o un ganado vacuno digamos pues era un proceso mucho más largo, cuatro, cinco años para que llegar al plato la carne, no, ahora estamos por ejemplo en un año estamos consumiendo carne o tomando leche, porque muchas sustancias que le ponen a los animales para producir mucho mayor cantidad de carne, muchos huevos, carne, leche, o sea está pero muy disparado. Yo siento que todo esto ha influenciado también mucho.

La postura testimonial del nutriólogo comienza dando a conocer los elementos teóricos que llevan básicamente a la diabetes en apego al ideal biomédico; posteriormente incorpora elementos del campo nutricional, cuyo vínculo con el fenómeno surge con facilidad en el uso del sentido común, pero poco vinculados en la bibliografía biomédica a la adquisición del fenómeno: la manipulación genética y fármaco-hormonal de los animales para consumo humano. En ello identificamos la categoría *Nutrición-industrialización* en la medida en que se acude testimonialmente a prácticas que garantizan la alimentación sin trascendencia afectiva o interés por el bienestar social o del individuo, todo ello en el marco permisivo de las instituciones oficiales encargadas de su regulación.

¹⁹⁵ Este dato, proporcionado por nuestro participante, confirma las tendencias estadísticas que se hacen públicas a nivel nacional, en las que se da a conocer el incremento del número de personas con Diabetes Mellitus, así como la reducción en la edad en que aparecen esos casos; un dato expuesto en el capítulo I a nivel teórico encuentra confirmación en el campo.

En el siguiente fragmento se atestigua cómo durante el intercambio de ideas comienza a mostrarse la opinión respecto de que los factores socio-afectivos tienen un papel relevante, pero no puede afirmarlo.

Lic. Velázquez: bueno pues la diabetes en una forma sencilla es el aumento de la glucosa en la sangre. Por la disminución de la producción de la insulina, que produce el páncreas, entonces al haber, este una disminución de la insulina, pues mayor producción de azúcar o de glucosa en la sangre, que no lo puede digamos desdoblarse o absorber o degradar digamos el, la azúcar el organismo entonces tiene que estar en constante, digamos en la sangre. Entonces si funcionara correctamente el páncreas pues no habría ningún problema, digamos que en dado momento todos tenemos glucosa, pero tal vez no en cantidades, fuera de lo que nosotros podemos producir, o tener, tiene un rango de 60 a 120, hay muchas bibliografías que lo manejan de otra forma, pero es de 60 a 120 por decilitro de glucosa en sangre, y si tenemos un aumento pues. Y esto yo también a raíz de ahorita que se ve todo esto también hay otras cosas, por ejemplo que mucha gente que padece de colesterol y triglicéridos.

Inv: ¿también está aumentando la cantidad de grasa?

Lic. Velázquez: si la cantidad de grasa, este en el organismo también va a influenciar mucho en lo que es este, el, lo que es la diabetes. Digamos por ejemplo que bueno no sé qué tanto digamos, se pueda decir que qué tan cierto sea por ejemplo los factores emocionales puedan afectar en lo que es la diabetes.

Inv: bueno de eso se trata nuestro trabajo.

Lic. Velázquez: Si porque mucha gente lo atribuye que por un susto, por un cólico, le viene la azúcar, digamos probado científicamente puede estar. El digamos que puede ser el bum que haga desarrollar la enfermedad.

Inv: Si seguro, bueno le, vamos a abordar ese punto que es importantísimo pero primero quisiera preguntarle si desde su punto de vista la población indígena tiene o presenta mayor número de diabéticos o igual que la población indígena, igual o menor.

Lic. Velázquez: En estos últimos años siento que, creo que está a la par. Si está así, anteriormente no porque era muy muy mínimo. La gente natural o indígena tenía menos probabilidad de ser diabético a estos tiempos, a estos últimos años, digamos unos, máximo, yo creo unos diez años yo siento que, este... se ha disparado enormemente esta enfermedad. Antes era muy, porque la gente digamos que es natural como que tenía menos acceso a la comida industrializada.

Inv: ¿hay más disponibilidad ahora?

Lic. Velázquez: si hay mucho más abundancia, más comida pero no natural sino que industrializada, o sea que más rápido agarrar una sopita ponerle agüita y ya está. Y anteriormente no, pues la comida que ellos utilizaban, yo porque tuve mi abuela que murió de 90 años, y me contaba que su alimentación era diferente.

Inv: Hace un momento platicaba con una persona que me decía que ahora hay más disponibilidad de carbohidratos es decir que los carbohidratos son un alimento barato y que

seguramente eso influye nutricionalmente a que el cuerpo se predisponga, o que manifiesta estas, este tipo de padecimiento de diabetes.

Lic. Velázquez: Si, una cantidad enorme.

Inv: refrescos

Lic. Velázquez: si refrescos, sabritas, galletas. Ha sido más disponible aunque ahorita ya le pusieron un ya se puede decir que la gente que tiene más posibilidades puede acceder a esas cosas, antes había una cantidad usted podía consumir. La gente era solo su pozolito, tortillita, esa era su fuente de carbohidratos, tortilla, el maíz, del maíz sacaban la tortilla el pinole. Ahora es diferente ha cambiado drásticamente; de hervidito o asadito ahorita son más frituras, cosas mucho más, colorantes, saborizantes, también todas esas sustancias afectan al organismo; porque está en la frecuencia y la cantidad que nosotros consumamos. Si? De eso va a depender cómo es que nuestro cuerpo pueda reaccionar.

Inv: Licenciado ahora que hablamos de los alimentos, en la localidad debe haber como en todas las localidades una comida local, tradicional, oriunda. La alimentación común en la población en general en Carranza, cual es, qué come la gente normalmente.

Lic. Velázquez: Lo que come más la gente, lo más básico es el frijol, las tortillas, el arroz, la pasta, digamos que entra también un poco, tomate, para hacer salcita, el frijolito pues le dan varias formas como lo utilizan lo comen en tamalitos, en pilisat, memelitas, que lo comen con pepita de calabaza molida, hablamos de la gente del medio rural de la localidad. En el pueblo pues ya es otra alimentación mucho más diferente.

Inv: hay una diferencia

Lic. Velázquez: si talvez lo vean por el nivel económico o social que según se maneja no? que talvez la gente que es pobre pueda comer frijoles un chipilín, o una, un bledo o unas hojas de chaya que talvez sea mucho más nutritivo a que la otra gente esté comiendo unos huevos rancheros con queso, con crema frijoles, plátanos fritos y cosas así. Entonces es una gran diferencia. Y están consumiendo muchos más carbohidratos y mucha más grasa. Y si vemos el otro es mucho más hervidito y vemos que si hay una diferencia. La gente del medio urbano su alimentación es más rica en carbohidratos, más pan, más galleta, digamos por ejemplo el refresco embotellado con mucho más acceso, de diferente tipo, marca y pues como que deja un poco el consumo de frutas y verduras. Como que la gente no está muy familiarizada con eso, su dieta no está basada en frutas y verduras y carbohidratos y grasas. Mucho más cantidad hablamos de que la mayor parte de la gente está basada más en carbohidratos.

Inv: ¿qué tanto consumen alcohol en la localidad?

Lic. Velázquez: pues si, es una cantidad grande, enorme porque no nada más hay bebedores sociales sino también personas que ya tienen el vicio y por ahí se ve una gran cantidad de personas que están tomada, prácticamente todo el día y si afecta yo creo que

Inv: ¿el consumo de alcohol favorece enfermedades como la diabetes licenciado?

Lic. Velázquez: No sé qué tan científicamente esté que el alcohol pueda afectar pero, si la mayor parte de la gente si

Inv: porque el bebedor también acompaña su bebida de botanas

Lic. Velázquez: si pero depende de los bebedores que van a una fiesta, o que ya están acostumbrados o que en su casa una botanita, o cositas que con grasita y cositas así. Yo creo que el alcohol digamos va a predisponer que la persona engorde, suba de peso, o si toma cerveza, vamos a hablar de la cerveza, pero digamos así de que esté una persona así por la diabetes, o por tomar, no sé, no

Inv: pues me hablaba ahorita de un vínculo entre el alcohol y la obesidad y si la obesidad está relacionada con la diabetes.

Lic. Velázquez: la diabetes se relaciona más con la obesidad, la diabetes se relaciona más con la obesidad, con la herencia genética, con los factores socioculturales de la persona, el medio que lo rodea, o sea todo lo que sea su alrededor, le puede afectar, pero en cierta manera no podemos determinar, de una forma así por ejemplo muy directa que tal cosas le haya afectado. Lo atribuimos la persona que está enferma lo atribuye, es que me incomodé, me enojé y me pasó. Puede ser que esté relacionado, no sé qué tan científicamente imagínese que cuando nosotros nos enojamos hay un incremento de las sustancias en el cuerpo por el enojo o por un susto. A veces queda el cuerpo así muy tembloroso, y dicen toma algo o te va a dar azúcar; un vaso de licor para que no puedas sufrir de eso. Pero no sé si pueda estar muy vinculado, esa relación. Más el susto

Inv: esta costumbre que se tiene de, cada que se tiene una impresión fuerte, beber un trago de alcohol es para prevenir que cosas como la diabetes sucedan?

Lic. Velázquez: Si la tradición rural si. Tómame un vaso de agua, incluso a veces dicen tómame un vaso de agua de azúcar, para digamos amortiguar el susto o el coraje de lo que esté uno pasando para, dicen no te vaya a dar azúcar o no te vayas a infartar después. Pero son cosas yo creo que la gente digamos antepasada, de otras generaciones. Yo creo que lo relacionaban con eso, porque no había yo creo que tanto ahorita como si ve al médico porque chécate la sangre porque vas a ser diabético, como que anteriormente eran, no sé si tenían un ojo clínico para poder relacionarlo porque si lo dicen yo creo que si hay algo relacionado.

Inv: algo inspiraba eso

Lic. Velázquez: si porque si no, no lo relacionarían con eso, pero al mayor parte de la gente, los abuelos, tómame esto hijito por si te asustaste, enojaste, y la gente que viene aquí por ejemplo también viene yo siento como no tengo un espacio muy especial digamos así como esto que la persona pueda expresar y decir y hay gente que por ejemplo le he tocado ciertos puntos en su vida, digamos cuando estoy platicando porque le digo que no es nada más el comer que nos va a afectar para tener un problema, por ejemplo obesidad, o por ejemplo la diabetes o la presión alta, porque la mayor parte de la gente se relaciona con eso. Porque hay gente que viene y se les empieza a cuestionar y terminan llorando yo siento que porque no tienen como sacar lo que ellos sienten. Y a veces también les afecta mucho los problemas, digamos económicos, familiares, el estrés. Si porque ahorita anteriormente la mayor parte de gente; usted sabe que hay muchas casas de empeño donde dan dinero yo siento que también ese sentir como de angustia, de pena, o sea como que suelta alguna sustancia dentro del organismo que favorece. Yo creo que sí, porque la mayor parte de la gente que viene tiene problemas, y a veces como el trabajo del médico es únicamente no, dar esto no, como que no se sensibiliza esa parte donde la persona puede expresar y sacar lo que realmente está sintiendo o sintió en su momento.

Inv: Lo que usted me está diciendo entonces licenciado, es que buena parte de las personas que pasan por su atención, por su trabajo que tienen diabetes podríamos pensar que buena parte de esas personas presentan también problemas emocionales, afectivos

Lic. Velázquez: Si, estrés, depresión

Inv: depresión también ha observado?

Lic. Velázquez: a veces lo he canalizado a psicología, también la falta de aceptación yo siento que cuando una persona le dicen sabe que usted es diabética a veces el no aceptar como que también daña porque mientras la persona no acepta no hay mejoría, no encuentra mejoría en cuanto a su tratamiento.

Inv: A propósito de esto que mencionó, usted tiene contacto con las personas diabéticas cuando los acaban de diagnosticar.

Lic. Velázquez: si

Inv: qué tan bien aceptan el diagnóstico las personas cuando recién son diagnosticadas, las personas en esta localidad.

Lic. Velázquez: Pues no con todo el gusto del mundo, es que qué le digan como que lo dudan, dudan más que nada del diagnóstico, porque dicen no yo no soy diabético. No hay esa aceptación que digamos bueno pues estoy enfermo me voy a poner con el tratamiento para estar bien y mejorar. Sino que crean una barrera entre la enfermedad y el tratamiento. O sea entre la aceptación ponen una barrera bueno pues yo no soy diabético otros a veces dicen yo no tengo familia diabética. Porque se relaciona mucho con lo que es la herencia familiar, la genética. Entonces yo no tengo familiares diabéticos entonces no sé porque yo soy diabéticos. Ahí empiezan a dudar dicen es que yo no puedo ser diabético. Entonces ya se le empieza a mencionar que es por diferentes factores, sedentarismo la alimentación.

En la cuarta intervención del participante, aparecen los componentes que nos llevan a identificar una vez más la categoría *Nutrición-industrialización*; en ésta es posible leer, desde el punto de vista de la experiencia profesional de este participante, la manera en que la industrialización de los alimentos genera una amplia disponibilidad e incluso un bajo precio. Atribuye a este fenómeno, presente en la localidad, el incremento en el número de casos de diabetes en la población indígena, lo cual anteriormente debido a la escases de ese tipo de alimentos y el encarecimiento de los únicos a los que se tenía acceso, se condenaba a ese grupo poblacional a consumir precariamente alimentos.

A partir de la segunda mitad del fragmento es posible diferenciar la inclusión de los componentes psicosociales en el análisis que hace durante su testimonio; deja ver que el diagnóstico de *Diabetes mellitus* es recibido con incertidumbre y duda con lo que el individuo en esa situación entra gradualmente a la dimensión de la *Angustia fenomenológica*. El fragmento de

testimonio cierra afirmando que buena parte de la personas consultadas por padecimientos crónicos presentan conflictos socioafectivos, ello nos introduce en la dimensión analítica *Estrés a lo largo de la vida*, en vista de que ello muestra un vínculo cotidiano con los conflictos interpersonales.

También en este participante es posible dilucidar su involucramiento personalizado con los ideales institucionales; tiene lugar una especie de fusión en la que el individuo pone sus habilidades personales y profesionales –conocimientos– al servicio de la institución; esas metas son establecidas en lo general desde la instancia gubernamental o paraestatal, y en lo local por el grupo de trabajo que analiza la situación epidemiológica de la región, algo que observábamos en el análisis de la entrevista anterior COMETAZO. La obtención o fracaso de dichos objetivos o metas son tanto institucional como individualmente atribuidos a la capacidad tanto individual como profesional del trabajador de la institución, con lo que se refuerza la intensidad de las acciones. En el caso de este participante, su testimonio deja en claro su esfuerzo por conseguir la capacitación que sus ideales le indican es la adecuada. Ello es posible observarlo en las primeras intervenciones del siguiente fragmento de testimonio, se llega a vincular la actitud del individuo con alguna afectación psiquiátrica :

Inv: que tanto apego hay de los pacientes diabéticos a los ajustes dietéticos que requiere el tratamiento?

Lic. Velázquez: no es mucho, o sea la mayor parte de la gente cuando pasan por este servicio a veces este se les dice sabe que se le va a poner a dieta y a veces la gente no, no conoce el concepto de dieta, dieta piensan que es que no van a comer ciertos alimentos y dicen bueno es que ya me dijo el doctor que me va a poner a dieta y no voy a comer esto y esto y esto.

Inv: dieta es entendido como castigo

Lic. Velázquez: como prohibición y en realidad yo les hago si ustedes no conocen el concepto de dieta entonces como van a poder ustedes comer porque primero hay que saber qué es dieta y luego ya pues decir no, lo voy a hacer o no lo voy a hacer. O es que saben qué dicen para qué, si de algo voy a morir. O sea lo primero, y ahí entra un poco donde podemos observar y decir que su autoestima está afectada también, porque de esa parte digamos bueno pues si yo le cuestiono de una forma, haber cómo me contesta. Es como decir si usted dice algo a alguien y le contesta de una forma usted dice bueno pues esta persona. O por ejemplo yo le digo va a llevar su régimen dietético para mejorar su estado de salud, para no tener problemas digamos de los signos, de los síntomas que aparezcan en un año, en dos años y que se prolongue mucho más gente. No sé como que le vale, me vale. Hacerlo o no hacerlo. Y hay gente que si realmente cuando vienen se ve rápido la preocupación que tiene, cómo le voy a hacer para que yo pueda mejorar, para que yo me pueda sentir bien. Y hay gente que a la primera dice no, de morir voy a morir, que yo muera llena, que tengan algo que comer los gusanos; es lo primero que dicen y yo digo: bueno! pues por ahí está afectada, algún problema tiene que es más.

Inv: algo no anda bien ahí

Lic. Velázquez: porque cuando una persona anda bien, quiere vivir, tiene porqué vivir, aunque tenga una edad digamos 50, 60 años tiene ese anhelo de vivir, de estar bien y hay gente que no viene y dice, digo pues mejor me muero, que bueno que fuera eso que ahorita le dijeron y mañana se va a morir, pero el proceso que lleva es doloroso. Yo se los explico les digo no es nada más así y ya, no van a llevar un proceso imagínense van a sufrir y va a sufrir su familia. A veces es donde entra el momentito como que se ponen un poquito sensibles y como que lo van pensando y yo siempre les digo que lo primero es quererse, si ellos se quieren van a seguir. Por qué, porque si ellos se apegan al tratamiento dietético porque no es a veces yo les digo no solo es el tratamiento dietético, mi trabajo como nutricionista dietista, sino también entra el trabajo del médico, los medicamentos, el trabajo de psicología, para que sea un trabajo multidisciplinario, y yo como les digo ellos. El beneficio no es mío, el beneficio es de ustedes, el éxito o es mío, el éxito es de ustedes, yo hago mi trabajo y ahí termina. El trabajo que se llevan a su casa es de ustedes porque ustedes lo van a hacer. Y de ustedes cómo es que ustedes lo hagan y cómo, como se les indicó ustedes lo van haciendo diariamente es el éxito que va usted a tener, y ahí es donde se tienen que sentir orgullosos porque ustedes lo están haciendo. Pero hay gente más renuente y no.

Inv: La mayoría de las personas con diabetes siguen sus recomendaciones alimenticias o no. La mayoría puede o no puede.

Lic. Velázquez: Hay gente como le decía que realmente se apega al tratamiento, pero hay gente que realmente no, vienen cada mes igual con las mismas cifras de glucosa y este y no. Entonces le digo ya no depende de mí porque la que hace el trabajo es la persona. La que ve qué voy a comer qué no voy a comer, a veces por ejemplo cuando vienen, la mayor parte son mujeres, hombres son muy pocos diabéticos. A veces cuando vienen por ejemplo hombres ya grandes no es muy fácil explicarles cómo se van a alimentar porque la que hace la comida es la esposa, o una hija o una hermana, una cuñada. Entonces cuando viene eso sabe qué cuando venga la próxima consulta que venga su familia para explicarle cómo va a ser su alimentación.

Inv: En su experiencia el diabético recibe apoyo en su familia, apoyo en el sentido de que se ajusten sus alimentos, o lo obligan a comer la comida que todos los demás comen.

Lic. Velázquez: Pues yo siento que a lo poco o mucho que me han platicado ¿si? gente que se abre, que platica, que cuente, que todo eso, a veces no es tan fácil, le es difícil porque ellos pues su comida puede ser un poquito más especial y la de las familias ¿no?. Entonces como que ella tiene que hacer una comida diferente y el resto de la familia otra. Entonces, a veces por ejemplo hay momentos especiales en la casa o un cumpleaños, una fiesta y todos tomando refresco o todos comiendo pasta, cositas que no puede comer él.

Inv: Es decir que la familia no ajusta su alimentación solo porque hay un miembro diabético.

Lic. Velázquez: No, a veces cuando vienen amas de casa yo les digo que tienen que hacer la comida para todos, no tienen por qué cambiar, si van a hacer una comida digamos X, lo va a hacer para toda la familia. Únicamente la que va a saber es la persona que lo está haciendo porque es la que está enferma, es la que le va a hacer los ajustes a la alimentación y su familia se lo va a comer porque no va a cambiar mucho, talvez la preparación pero ciertas cosas que ella no puede comer no se las va a comer. A veces cuando vienen sus familiares yo les digo pónganse un día como diabéticos, qué van a sentir qué emociones van a sentir porque es fácil decir ahh mi mamá es diabética pero no sabe lo que siente, interiormente, sus emociones, tú no

sabes se siente contenta, se siente que le duele su cuerpo, no sabemos ¿no? y tú de frente comiéndote tómate una coquita, una pedazo de pastel, unas palomitas, y tu familiar pues viéndote con ganas de comerlo entonces es lo que se les pide es mejor que cuando tengan ese momento, no hacerlo frente del paciente, para que el paciente no pueda tener ese deseo, porque dicen que lo más prohibido es lo más deseado.

Inv: Licenciado es una idea muy común en las personas con diabetes o al menos es una referencia una anécdota muy común pensar que si se apegan o si hacen una dieta muy estricta lo que los va a matar no es la diabetes sino el dejar de comer lo que necesita su cuerpo, es muy común que el diabético lo diga: lo que te va a matar no es la diabetes sino la dieta. Su opinión, ¿qué, qué tan viable puede ser eso, o qué tan común es que pase eso, qué?

Lic. Velázquez: No es tanto, puede ser qué talvez tan estricta, va a depender qué tan estricta, qué complicada es la diabetes, porque puede ser solo diabetes o sin tener alguna complicación por ejemplo del riñón o la presión. Que es una comida mucho más normal con ciertos ajustes únicamente, pero cuando un paciente ya tiene otros síntomas a parte de la diabetes su diabetes está más complicada entonces la dieta es un poquito más estricta, pero yo siento que no es tanto el, la prohibición siento así; como que es más el pensar, el decir bueno pues no lo puedo comer, como que entran en una depresión y eso mismo hace también de que el paciente vaya, no vaya evolucionando satisfactoriamente sino que vaya como el cangrejito no, para atrás. Pero yo siento que todo empieza en cuanto a lo que, cómo le dijera... a lo que el paciente no tanto por la prohibición por lo avanzada que está su enfermedad.

Es posible observar la presencia de los elementos testimoniales pertinentes en la apropiación del discurso oficial institucional, pero por momentos el participante se ubica el lado opuesto, es decir en el lugar del otro a quién se dirige su trabajo; términos como por qué vivir, anhelo de vivir, quererse, hacer sufrir a la familia, beneficio, éxito; son utilizados como herramientas o armas institucionales cuya finalidad es apoderarse del actuar del sujeto enfermo o potencialmente enfermo, y en ese trayecto atraviesa la individualidad del trabajador convirtiéndolo en un soldado cuya misión es ganar la batalla¹⁹⁶. A pesar de ello el testimonio de este participante, deja observar que buena parte de su subjetividad está presente en su trabajo, lo que le permite oscilar entre la postura institucional y la de un demandante de servicios; líneas arriba cuando afirmaba que su abuela había vivido 96 años, atestiguaba que su propia experiencia en la localidad, sirve de lastre para que su práctica profesional, aunque inmersa en un ámbito predominantemente biomédico, por momentos se desprende de esos rígidos ideales para posicionarse en la experiencia del paciente que sufre el *Estrés a lo largo de la vida* y la *Angustia fenomenológica*.

¹⁹⁶ Michael Foucault dejó bien clara la relación entre los profesionales al servicio de la institución, él concebía ese vínculo como mediado por una búsqueda de poder. Cuando el nutriólogo hace referencia al trabajo multidisciplinario entre médico, nutricionista, psicólogo, hace mención de lo que fue denominado como “tecnologías del poder sobre el cuerpo”.

Categorías identificadas:

Atención biomédica institucionalizada; Nutrición-industrialización; Estrés a lo largo de la vida; Angustia fenomenológica.

4.2 Análisis de las categorías identificadas

Encontramos que los testimonios de estos informantes muestran diversos aspectos en común; sin embargo observamos también, que hay entre un testimonio y otro también grandes variantes; ello debido posiblemente, al perfil profesional que a cada uno de ellos posee, y que matiza su manera de percibir lo que observan frente a sí. A pesar de ello, también es cierto que esas diferencias, que provienen de sus perfiles profesionales y de sus trayectorias vitales individuales, se encuentran en un punto común, que es la búsqueda de la obtención de la meta laboral, de la institución para la cual laboran. De este conjunto de testimonios se identificaron inicialmente un gran número de precedentes categorías:

	PRECEDENTES CATEGORIALES
1	Atención biomédica institucional
2	Apoyo familiar al paciente diabético
3	Motivo diferencial de hospitalización
4	Pacientes jóvenes
5	Persona en desacato
6	Mayor apego femenino
7	Interés material, desinterés mórbido
8	Alimentación
9	Pobreza como agravante
10	Estrés a lo largo de la vida
11	Nutrición-industrialización
12	Angustia fenomenológica

Tabla 3. Antecedentes categoriales de las categorías analíticas hospitalarias

De este número de elementos temáticos presentes en los testimonios hacemos la siguiente reducción; cuya finalidad no es excluir, sino sintetizar o depurar, de la amplia gama de términos los contenidos esenciales. Por ello cada precedente categorial, tiene voz propia y refiere a un aspecto específico de las observaciones que hacen estos trabajadores del hospital, los cuales tienen un trabajo específico a desarrollar, una especie de labor rutinaria, por lo que sus observaciones nos son de gran ayuda; pero a las cuales resulta necesario refinar.

De ahí que entre los precedentes categoriales *atención biomédica institucional; interés material, desinterés mórbido; persona en desacato y mayor apego femenino* encontramos una conjunción de elementos en la cual el actuar institucional, que por un lado busca la reeducación del individuo que se encuentra en pobreza y con ello en situación de necesidad material – económica–, hace un esfuerzo por cumplir con los requerimientos básicos de la institución. Ese esfuerzo lleva al individuo, principalmente a la mujer quien tradicionalmente se hace cargo del hogar, a emitir una actuación comportamental en la que asiste a la consulta médica, acepta – aunque realmente ingiera o no– los medicamentos indicados por el médico, participa en las reuniones de mujeres titulares y grupos de capacitación, etcétera. Pero que por otro lado, ante la necesidad de atender su situación más apremiante o urgente, termina por desatender la amplia gama de elementos teóricos, que la Atención biomédica institucional pretende introducir en el individuo, a cambio de una prestación económica. En la recepción de ese recurso económico, que se otorga directamente a la mujer, el hombre responde justificando su desinterés, el cual más bien obedece a prácticas diferenciales añejas, acerca de cómo debe vivir el hombre y como debe vivir la mujer.

Consideramos que esos elementos, los cuales la institución acerca al individuo terminan por permanecen en una dimensión teórica, puesto que son congruentes, aprobados, científicos; pero que en muchos de los casos, son poco pertinentes a la situación particular de cada pareja conyugal, de cada familia, de cada política o ideología comunitaria. Desde el momento en que el individuo atiende lo que de acuerdo a su propia realidad es lo más necesario, ya sea alimentarse, vestirse, vivir dentro de los márgenes de lo que su grupo social exige, cae en desacato de lo que la institución le exige; ese desacato no es necesariamente total, pues de alguna manera cumplen para no perder el beneficio. De ahí que conservemos para esta conjunción precategórica el término de *biomedicina institucionalizada*, como aquella práctica biomédica institucional, pero también reductiva, en la medida en que comprende prioritariamente las necesidades humanas, pero como necesidades cuya solución o al menos atención idónea debe hacerse desde una óptica o entendimiento biomédico. Es necesario aclarar, haciendo un poco de justicia, que dicha observación y ejecución de acciones biomédicas institucionalizadas, obedece a lo que la normatividad bajo la que dichos trabajadores se desempeñan, más que a un actuar voluntario individual; tan es así que las categorías siguientes hacen evidente ciertas observaciones, las cuales muestran la sensibilidad particular de dichos trabajadores, quienes al mismo tiempo son

personas comunes que habitan en la misma localidad, por lo que comparten las condiciones de vida, desde luego dentro de su propia singularidad.

Entre los precedentes categoriales *apoyo familiar al paciente diabético, motivo diferencial de hospitalización; pacientes jóvenes y alimentación*, identificamos una gran vecindad temática, las cuales obedecen a observaciones que proceden de un origen muy similar. Las familias, de las que proceden las personas que manifiestan diabetes, son en alguna medida un conjunto existencial cercano, son una institución que obedece a principios institucionales familiares, tal vez más implícitos que explícitos, como son el sentir filial o familiar; dentro de ese microgrupo social –otredad en algún sentido– tiene lugar también una economía de contenidos axiológicos, –por ejemplo– el apego a las indicaciones biomédicas podría garantizar una cierta estabilidad sintomática biológica, para alcanzarlo se requiere que el paciente modifique drásticamente sus hábitos crónicos, tal vez el más arraigado sea el alimenticio, el cual se comparte de forma especial en el plano familiar, por lo que representa –biopsicosocialmente– alimentarse en un contexto afectivo familiar. De estos requerimientos biomédicos, contrapuestos con los requerimientos afectivos individuales, el sujeto se ve confrontado, a cumplirlos o a cumplir con sus necesidades afectivas profundas, –a los cuales se encuentra ligadas las prácticas alimenticias–. De éstas, los jóvenes son los menos preparados para responder con apego a la demanda microsocial, aunque al mismo tiempo son los más aptos para soportar las consecuencias de dicho desapego, son a su vez también los que menos consecuencias sintomáticas biomédicas podrían manifestar, todo ello debido a la juventud de su diabetes, así como al escaso daño sistemático que ésta pudiera haberles ocasionado.

El individuo diabético crónico, que a pesar de apegarse a las indicaciones médicas, no tiene una respuesta favorable, es valorado en el hogar como víctima de una circunstancia externa y no de su actuar voluntario, no así la del individuo joven. De ello entonces, la alimentación se vuelve una manzana de la discordia, entre la demanda social que concibe la alimentación como un acto fuertemente convivencial, además de la exigencia institucional a nivel individual, de suprimir ciertos alimentos y la exigencia individual inconsciente de acceder a aquello, que alguna vez fue motivo de placer y hoy se convierte en goce, es decir un placer que demuestra con su actuar, que ante el inminente sufrimiento se prefiere recurrir a éste, antes que abandonarlo y dejar vacía la existencia.

Por ello conservamos de este conjunto de precedentes categoriales como *actuar médico en incertidumbre*, en vista de que se trata de diversos conflictos, en diferentes niveles institucionales, los cuales demandan al individuo apego a sus exigencias; como respuesta, dicho individuo, al parecer alcanza a responder, solo parcialmente, a éstas.

Finalmente tenemos que entre *pobreza como agravante; estrés a lo largo de la vida y nutrición-industrialización*, concurren en el tiempo presente como factores presentes en el espacio físico regional. Ha quedado explícito que el alimento juega un papel metanutricional y que en cambio es pilar de la vida socioafectiva; ahora los diferentes cambios que ocurren a nivel internacional de industrialización de los alimentos favorecen aspectos como la conservación, accesibilidad, comercialización y nutrición; pero también tienen sus repercusiones dadas las circunstancias de desarticulación de los componentes bio-psico-sociales. En la primera depuración de precedentes categoriales mencionábamos que la institución actúa bajo preceptos biomédicos excluyentes, pero también generalizadores; se parte del supuesto que lo que hace falta es el recurso económico y la información científica. Sin embargo entre esos elementos y una verdadera integración de elementos biopsicosociales hay una gran distancia. Ese papel lo está actualmente desempeñando el fenómeno mórbido que para el caso de la *Diabetes Mellitus* es irreversible. En este se encuentran, no mecánicamente, la pobreza, el estrés, las necesidades afectivas y la disponibilidad de alimentos industrializados al amparo institucional. Ante ello denominamos sintéticamente el término *Alimento psicosocial* como esencia del conjunto de precedentes categoriales; en el cual, el alimento tiene múltiples funciones psicosociales más allá de la estricta función nutricional y la sobrealimentación que lleva al sobrepeso o la obesidad no hacen sino evidenciar conflicto a nivel antropológico, psicológico, sociológico, económico, político, etc.

El precedente categorial *Angustia fenomenológica*, pasa a ser en sí una categoría, en vista de que su presencia no encuentra eco en otro precedente categorial. Dicha categoría analítica hace alusión a la respuesta actitudinal, con la que el individuo responde frecuentemente, ante el descubrimiento, parcial o completo, de que su vida se encamina hacia una finitud a la que no es posible negarse o negociar. Dicha angustia, recuerda la terminología psiquiátrica con que se clasifica a todo individuo que pierde interés por su autocuidado o por las actividades propias de la vida cotidiana.

Quedando de la siguiente manera las categorías analíticas hospitalarias:

CATEGORÍAS	
1	Biomedicina institucional
2	Actuar médico en incertidumbre
3	Alimento psicosocial
4	Angustia fenomenológica

Tabla 4. Categorías analíticas hospitalarias

4.3 La experiencia de Diabetes Mellitus en palabras del personal médico

El esfuerzo del que da cuenta el subtítulo anterior es un intento por sistematizar las experiencias contenidas en los testimonios, consideramos que en buena medida ello ha sido posible; sin embargo queda aún pendiente por rescatar el sentir cotidiano del individuo, el cual tiene lugar en el diario acontecer y que, en la medida de nuestro planteamiento metodológico, enriquece el esfuerzo por clarificar lo que sucede en el individuo y en su grupo social durante el curso vital tanto previo como posterior a la adquisición del fenómeno *Diabetes Mellitus*.

En primer lugar es posible observar en la opinión del trabajador institucional de salud, una fuerte necesidad de atención a un aspecto de vital importancia, la existencia; ello puede observarse en categorías como Alimento psicosocial, en la medida en que está presente todo el tiempo una especie de constante permanencia existencial o curso de la vida mediante una necesidad fisiológica. Es decir que los individuos con diabetes, a pesar de encontrarse con una fuerte atención respecto de su manera de alimentarse, mediante esa práctica mantienen presente su existencia, no solo en su dimensión biológica, sino principalmente en las dimensiones que sirven para vincular su propia identidad con la inmediatez de su otredad. En la preocupación del personal de salud por hacer “entender” a las personas con diabetes que deben poner atención a su alimentación, se le transfiere importancia a un acto cotidiano y de relevancia trascendental como alimentarse. Dicha práctica puede identificarse como verdaderas necesidades existenciales en la medida en que se entra en su dimensión placentera aun cuando deba negarse públicamente como lo afirma el testimonio del PAC Julio Díaz, en el que describe la gran debilidad de las personas ante el deseo de comer.

Otro objeto experiencial de los pacientes que también es posible identificar en los testimonios del personal, y que se corrobora en la las categorías identificadas es una constante lucha, a la que podríamos llamar interna; se trata de una permanente tensión que bien podría identificarse en el individuo pero que está íntimamente relacionada con sus semejantes y

principalmente con las instituciones. La existencia, la vida, la integridad están puestas todo el tiempo en juego, todo ello frente a la constante y latente amenaza del conflicto entre las partes sociales; el individuo que a su vez forma parte de alguna de las partes en conflicto, se ve envuelto en una especie de torrente, fuerza o acto social capaz de alterar la tranquilidad comunitaria, la tranquilidad familiar e incluso la integridad física. Todo ello asoma en el testimonio del Dr. Chiñas, quién afirma que los habitantes de Venustiano Carranza, Chiapas, viven en una constante preocupación de que la tranquilidad del curso cotidiano se vea alterada por la presencia del conflicto propio de las instituciones de corte agrarias de la localidad o de aquellas como las corporaciones de fuerza pública las cuales se encuentran al servicio de la autoridad. Fenómenos como este, tienen sin lugar a dudas la capacidad de predisponer comportamentalmente una vulnerabilidad; es decir un individuo que vive en constante estrés, por no saber qué puede pasar en cualquier momento, mantiene no solo en sentido biológico, pero principalmente en éste, una sobreexposición a factores estresantes y los cuales representan una puerta abierta a la formación de fenómenos mórbidos.

En ese mismo orden, otro testimonio particularmente enriquecedor en la dimensión de la experiencia vivida de los pacientes con los que trabaja, es el del nutriólogo Velázquez. Su discurso nos permite observar el peso de la dimensión psicosocial en el individuo; los antecedentes personales familiares sirven comúnmente como lastre a los esfuerzos que el individuo con *Diabetes Mellitus* hace con la finalidad de apegarse a lo que el personal médico le exige para alcanzar un control de su morbilidad diabética. Realidades sociales como la pobreza parecen influir, sin embargo también parece que al interior de las prácticas cotidianas, tanto pobres, como quienes no lo son, disponen de objetos en el orden alimenticio que acercan el goce al individuo, por lo que ejercen una presión sobre el individuo para alimentarse con determinados objetos alimenticios, independientemente del costo o del estatus que dicho objeto alimenticio pudiera tener, tal es el caso del pozol, de la tortilla, del café, así como de prácticas como la fritura de los alimentos.

CAPÍTULO V. TESTIMONIOS DE PACIENTES CON DIABETES

Antes que nada queremos disculparnos con el lector, en la medida en que nos resulta difícil poder señalar específicamente el momento en que los participantes manifiestan las cualidades psicosociales, puesto que no se trata, –en la mayoría de los casos– de palabras específicas, sino del sentido que algunos términos traen en el contexto en que se expresan, así como aspectos como la concatenación de éstas; por ello la mejor sugerencia que podemos hacer es hacer la lectura del testimonio, observando los contenidos y acompañar la lectura de éstos de su propio análisis. En los casos en los que nos resulta posible señalar el término en sí, lo hacemos pero es el menor de los casos.

A continuación el lector encontrará parte de los testimonios de los participantes portadores del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*; a su vez podrá identificarse en éstos los componentes psicosociales presentes. La intención primordial es, mostrar tanto inicialmente la experiencia vivencial de los individuos, y posteriormente algunos componentes, como los procesos en que éstos constituyen la formación mórbida para cada sujeto en particular; con ese fin se siguió todo el tiempo como guía rectora del proceso analítico, el testimonio mismo. La manera en que se presenta es muy sencilla, se introduce previamente los elementos identificados y posteriormente se comentan, o en sentido opuesto según se consideró útil para cada caso. En otros, por la extensión del fragmento –que por lo general buscan contextualizar a cada participante– se intercalan observaciones provenientes de nuestras notas o diario de campo, con la finalidad de ayudar al lector en la comprensión del componente psicosocial, el cual se presenta sin perder de vista el proceso, a pesar de lo extenso del fragmento expuesto.

Para su mejor comprensión, esta sección podrá ser acompañada de la presentación que se hizo previamente de los componentes psicosociales que se encuentra en la sección 3.3 del capítulo tercero del presente documento.

Consideramos importante adelantar que de este análisis testimonial derivarán lo que denominamos más adelante como Cualidades de lo psicosocial y que serán analizadas en el siguiente capítulo (VI) del presente documento.

5.1 Análisis de los testimonios individuales con técnica de entrevista a profundidad adaptada con asociación libre

El contenido aquí analizado proviene de un conjunto conformado por 20 personas, las cuales fueron entrevistadas en un periodo de tiempo comprendido del mes mayo de 2013 al mes de junio de 2014¹⁹⁷ en la localidad. De la totalidad de entrevistados hemos seleccionado para análisis pormenorizado solo a seis de ellas. Lo que nos llevó a optar por ese recorte fue que identificamos una gran riqueza en los seis testimonios que presentaremos, mientras que el resto mostraban un contenido que redundaba en los componentes que en su análisis se iba identificando; de esa forma realizar un análisis pormenorizado de la totalidad de los testimonios nos hubiera requerido un tiempo mayor y extendería innecesariamente nuestro documento con datos que pueden sintetizarse casi perfectamente en los seis testimonios presentados.

No deberemos olvidar que el objeto de estudio de esta investigación son los componentes psicosociales que conllevan a la formación del síntoma *Diabetes Mellitus*, así como la experiencia vivida con el fenómeno; y que el objetivo es identificar en la experiencia vivida, los elementos presentes en sujetos que originarios de nuestra región de estudio, así como su mecanismo de acción.

5.1.1 Gloria

Su presencia en nuestro universo de estudio obedeció a que ella estaba presente en el grupo de pacientes diabéticos que asisten mensualmente a reuniones al hospital; en esa reunión sería ella quien tomara la iniciativa para solicitar participar en nuestra investigación, a la vez que se le observaba invitar a otros a hacerlo. En su caso hubo un conocimiento previo, ya que Gloria había asistido a consulta psicoterapéutica durante nuestra estancia laboral en el hospital.

El motivo por el que esta participante solicitó atención psicológica había sido por presentar Hipertensión Arterial Sistémica, además de ansiedad. En aquel tiempo Gloria se acercó por iniciativa propia a solicitar consulta, es decir sin seguir el procedimiento institucional de derivación, por lo que le sugerimos hacerlo; siguiendo nuestra indicación solicitó consulta inicialmente a su médico familiar la atención, además de demandar a éste la derivación para ser

¹⁹⁷ Consideramos importante aclarar que esta fecha responde a la elaboración de las entrevistas que fueron hechas a personas con *Diabetes Mellitus*. Fuera de este rango de tiempo –principalmente en un tiempo previo– se hicieron entrevistas cuyo objeto era construir y sustentar el concepto de región.

atendido por el servicio de psicología a nuestro cargo, a consecuencia de ello tuvimos en nuestra consulta a Gloria; con una nota médica refiriendo desde el punto de vista médico el motivo por el que el facultativo, a petición de la persona –paciente–, la enviaba a nuestro servicio. Después de alrededor de siete sesiones semanales, a la que nunca incumplió la cita acordada, Gloria fue dada de alta por manifestar tranquilidad, ausencia de ansiedad y una presión sanguínea normal; por ese motivo no fue más necesario que siguiera administrándose tratamiento farmacológico alguno, en vista de que la atención de su problemática socio-afectiva resolvió su manifestación sintomática hipertensiva. La problemática central sobre la que giró dicha atención se trató de un conflicto crónico con la figura materna y el agravamiento de éste por conflicto con un hermano mayor, quién era alcohólico, diabético y que a su vez presentaba situación delicada en su salud.

Estuvo presente en la sesión de discusión grupal –con otros tres participantes– y se observó todo el tiempo en actitud tranquila, con mejor manejo de la situación escénica que el resto de los presentes. Dicha sesión grupal tuvo lugar en el domicilio de otra participante, mismo lugar donde se realizaron las primeras dos entrevistas individuales de Gloria; éstas tenían lugar después de que entrevistáramos a otros dos participantes. Las tres entrevistas de esta participante tuvieron lugar en lapsos de seis o siete días. La última de sus entrevistas individuales tuvo lugar en su domicilio. Éste es una vivienda pequeña, en buenas condiciones generales; construida con materiales tradicionales, de paredes de adobe –arcilla y pasto–, con techo de teja de arcilla. En su interior se observa suelo de concreto, una división hecha de tela, que sirve para delimitar una pequeña sala de una habitación en la que se observan dos camas. Al fondo se observa un amplio patio con árboles y plantas, en éste hay animales de corral, entre los que se observan gallinas y guajolotes. Contigua a la vivienda de Gloria se encuentra la vivienda de su madre, que es una vivienda construida con recursos del Programa IMSS-Oportunidades, la cual está pintada con los colores de esas construcciones –color melón–. La calle en la que se encuentra su domicilio deriva de la carretera que va del hospital al centro de la ciudad, es una calle revestida de concreto asfáltico.

Gloria es una mujer de 47 años y vive con diabetes desde hace aproximadamente 10 años; es viuda desde hace aproximadamente 28 años. Es beneficiaria del Programa IMSS-Oportunidades; no habla lengua indígena y habita contigua a su madre, cuyos cuidados son su labor principal; además de ocuparse de las labores del hogar en su propio domicilio, el cual

comparte con sus dos hijas adultas. Éste se ubica en la Colonia San Francisco, que es tierra comunal.

Gloria ocupa el noveno lugar de nueve hermanos. Durante su infancia vivió en un rancho en el que su padre era cuidador; para ir a vivir años después a Venustiano Carranza, cuando buena parte de los ranchos particulares fueron tomados por la Casa del Pueblo como restitución de la tierra comunal. Refiere que los años en que vivió en el rancho su alimentación era precaria y basada en alimentos que obtenían del mismo lugar. A diferencia de la vida alimenticia que acostumbra en la actualidad que en ocasiones incluye productos industrializados como salchichas, jamón, sopa de pasta.

La temática de su vida en el rancho no fue abordada con profundidad en vista de que la técnica de entrevista no condujo hacia esta; a pesar de ello sus implicaciones pueden ser obtenidos desde otro plano, en vista de que se trata de un hecho histórico, que forma parte a su vez de la historia de la localidad. En la actualidad hay muy pocos ranchos en la región, la mayor parte de éstos fueron desmantelados como tal y fragmentados para ser asignados a diversas personas en calidad de tierra comunal¹⁹⁸.

En su testimonio la informante tiene la certeza de que el proceso de industrialización de dichos alimentos tiene graves consecuencias para su salud. Inicialmente en su discurso se entrecruzan los recuerdos de la vida campestre en el rancho, el tiempo presente interactivo con sus dos hijas mayores, así como la influencia de la alimentación industrializada, la cual atrae por sí misma al apetito humano. En su tercera intervención en este fragmento observamos el *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus*, en intervenciones posteriores refiere el momento preciso en que sucedió. Tenemos a continuación el fragmento 1:

Inv: ¿Qué edad tiene doña Gloria?

Gloria: 47 años

Inv: 47 años y tiene 10 años con la diabetes, es decir que a usted le dio como de 37

Gloria: Mm ju, así

Inv: ¿Por qué le dio?

¹⁹⁸ Ese momento vivido por Gloria era recurrente en la escucha del discurso de diversas personas en nuestra consulta programada; dicho fenómeno llevó a infinidad de personas que se desempeñaban como peones, vaqueros o cuidadores de esos ranchos, a quedarse sin trabajo; y en el caso específico de los cuidadores que habitaban en los mismos ranchos a quedarse sin un lugar donde vivir. Todo ello representaba solo un reto diferente, puesto que la gran mayoría de esas personas fueron agregadas a la causa comunera sin importar si eran o no indígenas.

Gloria: Pues la verdad este, la verdad yo no me di cuenta; cuando yo vine a sentir ya era yo diabética ya. Nada más sentía yo que me daba mucha molestia, me daba molestia, dolor de cabeza y así lo controlaba yo el dolor de cabeza, y ya una vez que nos dieron programa de oportunidades nos mandaron a hacer el papanicolao, y ahí la enfermera pasó haciendo el, la prueba de la diabetes, ahí fue que ya me dijo ella que estaba alta mi diabetes

Inv: O sea, sin querer le hicieron la prueba, y salió que tenía

Gloria: ahí fue donde yo me, me di cuenta pues, descubrí que mi cuerpo ya era yo de, que yo tenía yo la diabetes. Es así como me comenzó que me daba dolorcito de cabeza así pero pasable. Y me daba mucho sueño también

Inv: Al principio, cuando empezó.

Gloria: no lo sabía que era yo diabética, pero ya sufría yo esas cosas

Inv: Ya tenía dolor de cabeza

Gloria: Si y de estar cada vez que empezaba yo a estar cabecea y cabecea, me daba así como sueño, como flojera más que nada.

Inv: como cansancio así

Gloria: Antes que yo supiera que era yo diabética

Inv: Cuánto tiempo antes de que, por casualidad, le descubrieran eso cree que ya lo venía teniendo

Gloria: pues yo digo que talvez ya tenía como unos, un año, unos ocho o nueve meses

Inv: Ocho o nueve meses antes ya lo tenía pero no lo había

Gloria: no había descubierto que era yo diabética, porque nada más así lo pasaba yo

Inv: ya!, eh mm...

Gloria: Pero gracias a Dios que no sufrí mucho, mucho percance en mi diabetes; porque a lo mejor yo digo que me di cuenta rápido. Con la prueba que rápido se apareció que yo era yo diabética. En esas, en esos meses que yo le digo talvez ya estaba yo entrada en ya mi diabetes, se me andaba ya desregulando ya mi sangre, talvez cuando comía yo algo así dulce es que sentía talvez, el dolorcito de cabeza y toda esa molestia

Inv: ¿Usted puede trabajar normal?

Gloria: ‘Horita, lo que es de la casa si, como salía yo antes a trabajar fuera de lugar ya no porque como cuido pue’ mi mamá

Inv: ¿Pero eso de que ya no pueda salir, no es por la azúcar, es por su deber con su mamá?

Gloria: Porque tengo mi obligación en la casa, de cuidarlo pues mi mamá. Yo como en mi caso mío, yo mis hijas trabajan, ‘horita como es domingo mi hija no trabaja se queda, aquí está, pero en todo el fin de semana trabaja

Inv: ¿Su hija qué edad tiene?

Gloria: Ella, la más grande tiene como 32 parece

Inv: ¿Cuántas hijas tiene Gloria?

Gloria: dos

Inv: ¿Dos hijas?

Gloria: Si

Inv: ¿Ninguna de las dos tiene azúcar?

Gloria: No, hasta ahorita con la gracia de Dios no

Inv: Y qué piensan ellas

Gloria: Pues yo, este, yo pues les hago ver que tienen que cuidar, pero en su manera de ellas dicen ah! ya!, ya está de Dios!. Hay que lo vea Dios si nos va a dar azúcar o no. Yo como yo, ya lo estoy pasando pues, y sé que es una enfermedad incurable, que no se cura, que se controla si, pero más no se cura

Inv: ¿Están apenadas sus hijas que les pueda dar, o no les preocupa?

Gloria: ‘Horita no, pues como le digo pue’ hasta ‘horita yo les platico pue’ y no, lo veo como que si no se preocupan.

Inv: No se ve que se preocupen.

Gloria: No, no se ve que se preocupen.

Inv: Pero se cuidan de su comida y eso.

Gloria: Este, yo como les digo pues que el refresco es el que más lo deben de, deben de evitar no tomar mucho refresco. Dicen pue’ ¡ah! ¡usted qué le da miedo, dicen!. *Pero así decimos todos, pero ya cuando tenemos la enfermedad dentro del cuerpo, ahí si nos preocupa ya.* Y lo de, como le digo pues, debemos de aceptarlo antes que lo tengamos.

Inv: Usted cree que el refresco ayude a que le dé a alguien la diabetes.

Gloria: Yo pienso que si porque, por, por todo el químico que tiene pues; por todo el químico y luego que el refresco es dulce.

Inv: Tiene mucho dulce.

Gloria: Principalmente la coca.

Inv: ¿Usted toma refresco?.

Gloria: No, yo no. O sea que de por sí, no tomaba yo refresco antes, pero ya derrepente cuando lo veo digo yo, que a veces como que me quiere dar deseo, pero digo si cuando estaba yo buena no lo tomaba yo, porque lo voy a dar deseo de tomarlo ahorita.

Inv: Antes de que le diera diabetes no tomaba refresco

Gloria: No.

Inv: Y ahorita muy poco.

Gloria: No, no tomo.

Inv: No toma. Derrepente le viene el deseo de un poco de refresco pero no lo toma

Gloria: pero no lo tomo.

Inv: No lo toma. ¿Qué químicos cree usted que pueda tener el refresco, aparte de mucha azúcar?.

Gloria: Pues yo digo pues, todo para que elaboren pues, 'onde lo van preparar, haciendo.

Inv: Le echan muchas cosas que quién sabe qué.

Gloria: Si pue', saber qué ingredientes le pondrán que nosotros lo desconocemos la verdad, nosotros no sabemos pue'.

Inv: ¿Qué otras cosas cree que puedan ayudar a que dé diabetes a las personas?

Gloria: Por, este... el 'esexo de mucha grasa

Inv: Comer mucha grasa

Gloria: mucha grasa; que tenga uno mucha grasa en la sangre uno mismo

Inv: También cuando se acumula en la sangre

Gloria: Si. Eso hace que nuestro cuerpo no trabaje bien digo yo; o que nuestro páncreas se engrase, no sé

Inv: De ahí empieza

Gloria: De ahí, ya nuestro organismo ya no, digo yo que ya no hace que nos brote mucho la gluco..., este la insulina, la que nos ponen a nosotros cuando está muy alta nuestra. Yo no sé si nos hace falta insulina ese momento o tenemos mucha insulina cuando se nos sube mucho la azúcar

Inv: Usted ha entendido ya bien cómo funciona la diabetes, cómo funciona

Gloria: Más o menos le voy

Inv: ¿Le han explicado?

Gloria: Si. Así pues, como cuando tenemos nuestras pláticas en la clínica con el doctor, así nos dice pue'

Inv: Doña Gloria, ¿usted cree que las cosas que hay ahorita en la forma de vivir que no había antes, estén haciendo que más gente tenga diabetes?

Gloria: Ah si. Porque mire usted antes pue', como en mi caso mío. Nosotros vivíamos en un ranchito, allá este, comíamos por decirlo animalitos de monte, hojitas que criaba pues de la, del cerro donde uno vivía, y en ese entonces no estaba uno enfermo. También, también digo yo que también esa la diabetis, todo eso nos acompañó digo yo, mi manera de pensar.

Inv: La vida en un rancho, en un lugar así, en el campo es más saludable, no tiene tantas cosas como químicos

Gloria: No, porque come uno pues lo que ya, lo que es que se cría pues naturalmente, y los animalitos que son así, que se crían pue' en el monte, que puras cositas nada más naturales, hojitas, puras cositas que buscan de comer. En cambio como estamos horita, si compro pollo, tiene su, que está criado con puro, con alimento.

Inv: ¿Qué tendrá el alimento de los pollos?

Gloria: Pues yo pienso que tiene mucha, mucho químico para que se crezca rápido, mucha, digo que grasa también debe tener

Inv: ¿En qué otras comidas o en qué otras cosas, puede que haya muchas cosas de esas, químicos, este, grasas?

Gloria: Así como el salchicha; sabremos como ese lo preparan, con saber qué químico lo preparan la salchicha

Inv: ¿Come salchicha usted?

Gloria: Este, antes si comía yo

Inv: Antes comía

Gloria: pero 'horita ya casi ya no; solo derrepente a veces

Inv: Le gusta el jamón, salchicha esas cosas

Gloria: Si, pero no mucho que digamos, solo nomás derrepente lo como

Inv: Doña Gloria, entonces así como lo hemos estado diciendo, talvez si usted no hubiera venido a vivir a la ciudad, si hubiera seguido viviendo así en el campo, no hubiera venido una enfermedad como la diabetes

Gloria: Pue ahí 'ta difícil porque aunque yo viviera en el campo, pero siendo que ya está uno un poquito más sabiendo que ya viene uno más al pueblo y todo; posiblemente si, lo iba uno a comer, porque ya iba uno a venir a comprarlo pue' y todo ya. Íbamos, como quien dice a mezclar comida del campo y comida caseras que compramos, comida que se compra así con químicos

Inv: Es decir que donde esté la gente lo va a buscar esa comida nueva

Gloria: Si, lo tiene que buscar

Inv: O sea los que están viviendo ahorita en el campo tampoco están del todo libres de comer eso porque lo vienen a buscar y lo llevan

Gloria: Lo tienen que salir a buscar

Inv: ¿Antes había refresco, cuando usted era pequeña había refrescos, sus papás tomaban refresco?

Gloria: La verdad, en ese antes si lo desconozco, porque como... no se escuchaba pue'. Y como le digo pue' que vivíamos en un ranchito; ya la cosa fue cuando nosotros venimos aquí al pueblito, aquí en esta colonia no estaba tan grande, taba chiquita, ya fue que aquí ya este, ya lo hallábamos todo más cerca Carranza

Inv: Hace un ratito platicábamos sobre su mamá que tiene 90 años, ¿ella tomaba refresco?

Gloria: Pues, creo posiblemente, si yo todavía no muy también, ella no, no creo que. Ellas, mi mamá hablaba en ese entonces, ya tiene pue' tiempo, hablaban de un refresco de soda, no sé cómo le decían

Inv: Que ese talvez haya sido el que tomaba

Gloria: Si el que tomaban ellos

Inv: Esto de que por ejemplo para sembrar el maíz le ponen ahí sus químicos, sus líquidos todo eso

Gloria: 'Horita si

Inv: Cree que eso afecte, ayude a que más gente tenga la diabetes

Gloria: Pues la verdad... este, ya viene todo ya este, ya no viene lo na, lo de la naturaleza, lo natural que venía antes también le echan pues fertilizante, y lo del fertilizante ese quiere decir que, vienen creciendo desde la raicita

Inv: Ta bien metido

Gloria: Ya viene creciendo ya desde, trae su fuerza de su químico que lleva. Es lo que pienso así. Desde el tallito pues que viene naciendo ya lo viene produciendo, a través de puro, del puro químico ya nace pues frondoso los elotes, todo. Pienso que si todavía lleva su poquito de químico. Porque chiquita la milpa ya le está poniendo uno su poquito de fertilizante pa' que crezca rápido la milpa

Inv: Si no se le pone ese fertilizante no...no crece

Gloria: Crece pue', pero... no a como desarrolla al que le está poniendo pues su fertilizante.

Inv: Doña Gloria usted cree que a alguien pueda darle diabetes por alguna otra causa, por alguna maldad que alguien le haga a una persona

Gloria: Ah no. Por maldad no creo. Que por exces', de nuestra sangre si; de que nuestra sangre si no tiene familia, supongamos no tiene familia diabética verdad, no lo está heredando de ninguna parte, por lo mismo de lo que come, el exceso de mucha grasa que da nuestro cuerpo. Yo pienso que ahí si se puede hacer una diabetis. Porque no circula pues, la misma, el mismo organismo.

El fragmento de testimonio que acabamos de presentar nos permite introducirnos contextualmente al universo existencial de nuestro participante. Al mismo tiempo nos pone en contacto con *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus*. Cuando ella describe su forma de entender la diabetes muestra un conocimiento que está conformado por fragmentos de su saber originario en interacción con la lógica biomédica; la cual había adquirido desde tiempo atrás, pero que viene a cobrar importancia una vez dado el encuentro, en la medida en que interviene el tiempo pasado como referente de su vida presente observamos ahí el *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*, en la medida en que la referencia al pasado muestra una vida saludable libre de la ingesta de alimentos industrializados. La visión biomédica –que no es sino la otredad personificada por la institución, la cual autoriza al médico a ejercer y normar la verdad acerca de lo que sucede en el individuo– ha permeado a la existencia de Gloria, al grado que en su testimonio se encuentra presente la lógica biomédica que responsabiliza al órgano páncreas como responsable de su situación mórbida, es decir ahí se encuentra en el conjunto de los elementos presente en su testimonio la cualidad psicosocial *Control / Manejo del fenómeno mórbido*, a través del diagnóstico de lo que ha venido sucediendo en su propia existencia. En este testimonio podemos identificar elementos que nos guían en la dirección que indica que el impacto del diagnóstico tiene una continuidad poco conflictiva, estuvieron presentes los elementos necesarios para que ese encuentro de la individualidad poco influenciada con el discurso biomédico tuviera pocas consecuencias traumáticas en el encuentro con la visión biomedicalizada del fenómeno mórbido. Lo que nos indica que fue así es que Gloria manifestó escasos altibajos sintomáticos a manera de efectos secundarios, los cuales si estuvieran presentes atestiguarían un manejo inadecuado de los requerimientos del fenómeno mórbido; ello se confirma ante la referencia de que no toma hipoglucemiantes orales –fármacos para el control elevado de la glucosa alta–, siendo metformina¹⁹⁹ el único fármaco al que por indicación médica recurre diariamente.

¹⁹⁹ Este fármaco no es indicado para obligar al páncreas a producir dosis extras de insulina, sino en cambio busca disminuir la cantidad de glucosa que se absorbe en el proceso metabólico y a su vez la cantidad de glucosa que el órgano hepático –hígado– produce como resultado de una transformación de otros elementos, por ejemplo los

Nuestras notas de campo atestiguan, para el caso de esta informante, que su situación mórbida presenta características peculiares, a simple vista parece no estar tan preocupada como lo están otros participantes de este mismo estudio; doña Gloria se observa en las interacciones con ella de talante despreocupado, actuar espontáneo, siempre dispuesta a participar sin la necesidad de buscar protagonismo y sin temor de expresar lo que piensa inclusive cuando pareciera no estar segura de sus palabras; lo que ella afirma en éstas acerca de su tranquilidad y ausencia de síntomas típicos del diabético puede ser corroborado al interactuar con ella, puesto que no se observó en ningún momento algún tipo de nerviosismo, inseguridad o la actitud de una persona que oculta algo. Por otro lado la posibilidad de corroborar estos datos con el testimonio permite sustentar que el *Control / Manejo del fenómeno mórbido* en esta informante se encuentra en las condiciones administrativas necesarias para una vida cotidiana asintomática en sentido amplio; su síntoma *-Diabetes Mellitus-* atestigua en ella el sacrificio que hizo en otro tiempo por sacar adelante a sus hijas, aunque haya tenido que privarse de placer individual *- Hizo corazón fuerte / Ordenamiento sintomático-*, y vivir con diabetes le recuerda con orgullo el sacrificio que hizo, dicho orgullo le concede cierta tranquilidad para controlar su fenómeno mórbido.

En el afán de complementar los elementos para la delimitación del siguiente elemento categorial tenemos el fragmento número 2:

Inv: Algo, algo de lo que pasó durante su vida de casada pudo haber ocasionado que viniera el azúcar

Gloria: no, porque en ese tiempo me sentía yo bien, todo. Ya después de cuando yo quedé sola ya surgieron todos los problemas. Por eso, no pues la verdad en ese entonces tuve mucho, mucho exceso de trabajo, trabajé mucho. Trabajaba yo de sirvienta y después de trabajar en una casa salía yo a buscar a planchar a lavar después de mis, de mi trabajo salía yo a buscar más trabajo.

Inv: cómo fue para usted pasar de ser una persona que tenía su esposo, a perderlo, cómo fue ese momento

Gloria: pues para mí este, fue triste, porque yo me tuve que hacer cargo de criar a mis dos hijas, y con el apoyo de mi mamá. Y con el apoyo de mi mamá porque yo trabajaba yo y ella cuidaba a mis hijitas.

Inv: mientras hacía esto que me acaba de platicar, que hacía su turno completo en un lugar y luego veía donde había que planchar

almidones. En ese sentido puede entenderse a esta sustancia como hipoglucemiante, pero no como aquel que aumenta la producción de insulina, sino como uno que inhibe la absorción y producción de glucosa.

Gloria: porque desde que yo enviudé yo quedé con mi mamá

Inv: usted se quedó con el apoyo

Gloria: de mi mamá

Inv: mientras usted trabajaba ella cuidaba a sus hijas

Gloria: si pero *la verdad si fue triste*, porque yo le tenía que hacer de mamá y papá para sacar a mis hijas. Porque ahí si *me aforcé un poquito para trabajar más*, porque mi mentalidad era de que no le hiciera nada falta a mis hijos. Por eso yo me dediqué a trabajar duro, trabajé aquí en Carranza y como lo veía yo que era muy poco mi sueldo para sacar adelante a mis hijas me fui a trabajar a Tuxtla. Y en Tuxtla, no me está usted preguntando de que trabajaba yo también en una casa de una señora después me fui a colocar en una este, una cenaduría donde vendían tacos dorados, tostaditas

Inv: al mismo tiempo

Gloria: trabajaba yo en una casa, y en la noche de la cinco o seis de la tarde ya entraba yo en esa cenaduría, también me aforcé a trabajar

Inv: cuando llevaba ese ritmo de trabajo, de vida, cómo se sentía

Gloria: pues la verdad gracias a dios que a dios nunca me ha abandonado, por eso no, yo este tengo mucha fe a este a dios que me ha dado mucha misericordia para mí me sentía bien. Nada más cuando me enfermaba yo así pues por decir de una gripa de una calentura, sentía yo que

Inv: ahí sentía que bajaba yo el ritmo

Gloria: bajaba yo, pero a los tres días comenzaba yo a trabajar, y más que nada hacía todo lo posible de no poner nada en mi pen, en mi cuerpo lo que quería era trabajar para sacar adelante a mis hijas. No casi no le hacía yo caso la enfermedad. Que si me sentí yo enferma pero yo misma quería yo trabajar y no sentir enfermedad en ese momento por querer trabajar a mis hijas. Esa fue mi vida cuando yo enviudé

Inv: es decir que si estoy entendiendo lo que me platica Gloria, quiere decir que lo que hizo que no se concentrara tanto en haber perdido a su esposo fue que se dedicó duro a trabajar, como se concentró en su trabajo no se acordó tanto de que había perdido a su esposo.

Gloria: Si pero más me puse todo mi empeño a buscar trabajo a ganar dinero para criar mis hijos.

Inv: después de que perdió a su esposo, después de que murió su esposo

Gloria: pues la verdad fue triste, fue triste ese momento porque yo lo tuve que hacer ese gran sacrificio de mi misma fuerza para sacar adelante mis hijas. Y gracias a dios ahorita mis hijas que tengo horita que ya estoy enferma me apoyan, me apoyan porque ellas trabajan, y luego que como le he platicado que mi mamá está enferma, yo ya no trabajo mis hijas trabajan y tengo mis hermanos que como en ese entonces está enferma mi mamá que de vez en cuando me echan la mano, ya no siento que estoy trabajando como trabajé en aquellos tiempos y también pienso que mi cuerpo está un poco descansado, no sé bien, pero antes si le digo si trabajé duro.

Encontramos en esta cita los componentes que refuerzan la presencia del *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*. En el fragmento uno comienzan a aparecer los registros de intercambio significativo en el testimonio; cuando ella refiere la gradual introducción de su actuar en la juventud al consumo de productos alimenticios industrializados muestra la extrañeza que esos objetos representaban para sí misma. Se muestra una introducción del actuar individual a un flujo comportamental grupal; un individuo que se introduce al consumo alimenticio novedoso al mismo tiempo que lo hace el grupo familiar al que pertenece.

Ante la pregunta sobre si considera que esos virajes en el actuar alimenticio pudieran tener relación con el desarrollo de su diabetes, afirma que lo natural se aleja de la vida humana mientras lo intervenido toma su lugar. En este segundo fragmento de entrevista se observa como su testimonio va incorporando más elementos, es decir haciéndose complejo; muestra que en su vida y a su parecer confluyeron elementos alimenticios diversos, circunstancias económicas regionales, familiares y un deber moral que le instruyó el camino a seguir. Un sacrificio de la tranquilidad o comodidad individual –a lo que tuvo que *Hacer Corazón fuerte*– por el esfuerzo conductual laboral a cambio de obtener el recurso económico necesario, al mismo tiempo que obtenía la satisfacción a la que conlleva en un orden social el sacrificio materno por sus hijas.

En este punto del testimonio comienza a encontrarse la presencia de la *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*, así como del *Digamos / Actuación generacional fenomenológica*. Esas dos cualidades psicosociales se presentan en una especie de concatenación; mientras el intercambio de elementos pasa de Gloria, que se encuentra ante la necesidad de sustentar la vida de sus hijas, también se encuentra con la presencia materna a quién debe recurrir para poder llevar a cabo sus planes. En el motivo del actuar del individuo se encuentra la línea materna, tanto en descendencia, es decir en dirección de sus hijas; pero también en ascendencia, es decir en el vínculo interpersonal histórico con su madre. Tiene lugar en ese proceso el intercambio generacional que porta los significantes que guían el actuar del sujeto hacia la identificación de su propia existencia con la finitud vital. Mientras eso sucede en la puesta al día del significante fenomenológico, su vínculo con la otredad, que atestigua una infancia con múltiples carencias en una vida en el campo, se prestan esos recuerdos para aportar los elementos que guiaron a Gloria a orientar su vida de la manera en que lo hizo. No se puede afirmar que porque ella tuvo una vida de carencias económicas, buscó que sus hijas no la tuvieran; pero puede suponerse que la conjunción de los componentes psicosociales descritos, configuraron ese actuar, que aunque hoy

muestran una formación sintomática mórbida, también muestran satisfacción con el actuar al ver a sus hijas con ella y ayudando a su madre mediante sus aportaciones económicas. El punto en el que se aclara la constante presencia de los elementos psicosociales que llevan en el discurso de Gloria al grado de poder identificar su *Digamos / Actualización generacional fenomenológica* son precisamente la referencia a la muerte de su pareja, el que aparece antes de cualquier referencia a sintomatología biomédica alguna. Por si no hubiera elementos suficientes refiere que ella tuvo que ser madre y padre al mismo tiempo; con ello que está presente en la existencia viviente de Gloria, la presencia de la muerte del padre de sus hijas al que tenía que suplir, se actualizaba ahí su existencia; a la vez que comenzaba a *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*.

Se puede identificar en los detalles posteriores del testimonio, cómo se va formando gradualmente el síntoma diabético; *Hace corazón fuerte* al decidir actuar laboralmente de manera obsesiva, solo impedida por episodios aislados de enfermedades pasajeras, las cuales no eran sino los prolegómenos de la formación psicosocial *Diabetes Mellitus*; al superarlos veía oportunidad de volver a la dinámica laboral, que atendía el aspecto económico de su vida. Lo que ella refiere como gripa o calentura que a su vez fueron procesos de formación de síntoma, encontraban cura en su dimensión biológica, por lo que podía reiniciar su actividad laboral al sentir mejoría, pero en ese proceso permanecían los componentes psicosociales en curso de formación.

Los elementos psicosociales que llevaron a Gloria a ignorar su deber moral-afectivo respecto de sus hijas, en la búsqueda del cumplimiento de su deber moral-económico generaron el conflicto psicosocial que dio inicio a la formación sintomática psicosocial. Se vuelve claro el proceso ante en el cual se observa una existencia, cuyos componentes están desarticulados; cuando ella refiere que su pensamiento era “sacar adelante a sus hijas” deja notar la fría racionalidad, motivada por motivos afectivos, los cuales desdeñaban los componentes restantes.

Entre una entrevista y otra, sin sugerir el tema –por efecto de la asociación libre–, Gloria vuelve a recobrar la temática del gran esfuerzo que hizo por trabajar para sacar adelante a sus hijas, además de la pérdida de la posibilidad de pasar tiempo con éstas. Un aspecto aún más relevante dentro de esas observaciones precisas es que considera haber dedicado su “cuerpo” a consecuencia de la gran necesidad de trabajar y ganar dinero; dicha referencia al cuerpo hace alusión a un cuerpo dicotomizado, fragmentado, separado de los dos componentes complementarios de su existencia biopsicosocial.

En el transcurso de la entrevista se observa cómo puede ir acomodando los elementos en ésta contenidos, como una especie de reflexión a posteriori de lo que vivió en otro tiempo; eso la lleva a tener la posibilidad de apalabrar de manera más clara el vínculo de su situación pasada con la presente. En ese acomodo gradual que tiene lugar, primero por iniciativa propia –por efecto de la asociación libre que regía la entrevista a profundidad, es decir sin que le hayamos sugerido el tema–, y segundo por efecto de *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*.

El siguiente es un fragmento extenso (3), dicha extensión nos permite discernir la articulación, que va teniendo lugar entre sus elementos existenciales; el proceso descrito previamente. En su primera intervención se observan los puntos suspensivos que reflejan el tiempo que se tomó para seleccionar el tema que durante esa entrevista estaba predispuesta a testimoniar:

Inv: La última vez que nos vimos doña Gloria, en qué nos quedamos.

Gloria: quedamos en que ya iba a ser la última entrevista, según dijo usted, y este... estábamos platicando sobre cuando yo quedé viuda

Inv: qué ha pensado sobre eso, Gloria?

Gloria: pues mi manera de pensar es que,... yo pues lo hice pues... todo lo posible por sacar adelante mis hijas. Y este ya casi por quedar, por ver por lo de mis hijas crecer casi no le puse mucha importancia, más me enfoqué en lo de que fueron de por su porvenir de mis hijas, criar mis hijas

Inv: qué fue eso a lo que ya no le puso mucha importancia

Gloria: porque como me quedaron chiquitas, me quedaron chiquitas y yo me puse a pensar que mi esposo ya había muerto, ya no este... ya no había pues vuelta de hoja, más que nada, y lo que me puse a pensar es sacar adelante mis hijas

Inv: o.k. fue ese periodo después de que murió su esposo que usted estuvo trabajando

Gloria: si bastante tiempo.

Inv: trabajaba mucho

Gloria: si casi se puede decir que las 24 horas.

Inv: en un lugar en la mañana y otro en la tarde, ¿fue ese periodo que trabajó bien duro cuando vino la diabetes?

Gloria: No, cuando me vino la diabetes nada más estaba yo en un solo trabajo, nada más en el hotel trabajaba yo

Inv. cuánto, cuando vino la diabetes cuanto tenía que había parado de trabajar muy duro.

Gloria: Ya tenía talvez como unos tres años, cuatro años

Inv: tres o cuatro años

Gloria: si

Inv: trabajaba en un hotel

Gloria: Si ahí trabajaba yo en un hotel

Inv: ¿cómo fue criar a sus hijas Gloria?

Gloria: pues yo este... casi más los miraba yo por las noches, porque le digo pues que mi mamá, con mi mamá se quedaba en el día,

Inv: mientras usted estaba trabajando

Gloria: mi mamá los cri..., los miraba, más bien se puede decir con ella se criaron, nada más en la noche los miraba yo y un ratito en la mañana antes que yo me fuera. Y cuando, supongamos en la escuela, cuando digamos que tenía que ir a una junta tenía que retrasarme un poquito más para irme a mi trabajo. Ahora que cuando me tuve que ir a Tuxtla, ahí si, los venía yo a ver cada 15 o ocho días.

Inv: Le hacían falta sus hijas

Gloria: ahhh si, me hacían falta pero mi misma necesidad me hacía que yo trabajara. Quién no le va a hacer falta los hijos

Inv: cuando usted comenzó a trabajar duro y cuando se fue a Tuxtla estaba chicas ellas

Gloria: Si.

Inv: qué edad tenían.

Gloria: mi primera hijita ya tenía siete años.

Inv: siete años la más grandecita.

Gloria: y la otra ya tenía como unos cuatro.

Inv: cuatro y siete.

Gloria: mis dos hijas, ella ya es la más grande.

Inv: usted cree que a ellas les hizo falta su mamá?

Gloria Siii, porque no ve usted pues que el amor de una madre con una abuelita es distinto.

Inv: ¿cómo es distinto Gloria?.

Gloria: Porque así como yo, cuando estaban chiquititas yo presentía que yo les hacía yo más, les hacía yo falta mis hijas, y el cuidado que le podía yo dar yo, mi mamá se sacrificaba por dársele porque ya no era su, tanto su obligación más era la mía, pero por la misma necesidad de trabajar tenía yo que abandonar a mis hijitas. Si la verdad mi vida fue larga, fue triste también porque usted imagine verdad quedar viuda joven, crecer dos hijas chiquitas, es duro. Porque.

Inv: Tener que ausentarse todo el día.

Gloria: porque en mi caso mío yo los hacía yo, lo hacía ese trabajo de papá y mamá.

Inv: Es difícil o es fácil para una mujer quedar viuda, tener que trabajar, tener que dejar a sus hijos?.

Gloria: ah no, como va... a es difícil... es triste más que nada, es triste porque yo ya lo sufrí, ya lo viví. Para mí fue triste aunque yo mi aforzaba en mi trabajo para darle lo que yo les pudiera dar a mis hijitas, pero el cariño sentía que yo no les estaba dando lo mismo que yo estuviera cerca de ellas.

Inv: ya.

Gloria: y ahorita gracias a dios, horita, estamos yo pienso que lo que mucho tiempo yo estuve lejos de ella, ahorita estuve cerca de ella, ya estamos más cerquita las tres, cuatro con mi mamá porque nosotros lo cuidamos a mi mamá. Para mí la verdad si, en ese estilo quedar viuda es triste. Yo sentí triste porque me alejé de mis hijitas, no pude estar cerca de ellas cuando estaban chiquitas.

Inv: doña Gloria estamos ahorita hablando de, un poquito de la diabetes, pero también hablando de ser madre, y de quedar viuda y estamos hablando de como decía de ser madre, y por un momento usted mencionó a su mamá, su papá ya no vive.

Gloria: ya no.

Inv: ella, cuando ella quedó viuda, su mamá.

Gloria: cuando mi mamá quedó viuda, ya estaba grande ya.

Inv: ya estaba grande? sus hijas ya estaban?.

Gloria: mis niñas?.

Inv: si.

Gloria: sii, ya estaban.

Inv: conocieron a su abuelo.

Gloria: si, aunque sea no mucho pero si lo conocieron.

Inv: a su mamá cómo le fue con la experiencia de haber quedado viuda.

Gloria: pues mi mamá la verdad como ella ya estaba grandecita y ya tenía también mi mamá tenía quedaba pues con mis hijas, estaba entretenida, ocupada también, porque ella también pues puso su parte con mis hijas.

Inv: a parte ella ya es diferente porque ella ya había hecho su vida.

Gloria: yaaa, yo era yo la más pequeña, y ya tenía dos hijas.

Inv: Gloria de qué edad se casó usted.

Gloria: yo me casé de 18 años.

Inv: Se casó porque quiso casarse o se casó porque se tenía que casar, o sus padres lo acordaron y les hizo caso.

Gloria: No porque yo, nosotros yo lo decidí casarme los dos.

Inv: usted y su esposo se conocieron y se decidieron casar. o.k.

Gloria: si.

Inv: fue buena idea casarse a esa edad, joven.

Gloria: ah jaja, saber a veces que no pensamos las cosas.

Inv: por ejemplo ahorita que usted es mamá, cree que es buena idea que sus hijas se casaran a los 18.

Gloria: no, porque... digo yo que la juventud..., todo lo que son uno joven lo vive uno ya muy joven, así como mi caso mío, yo mire usted joven enviudé.

Inv: joven se casó y también joven enviudó.

Gloria: si.

Inv: la juventud es buena consejera, la juventud es buena para agarrar compromiso, para agarrar responsabilidad como el matrimonio Gloria.

Gloria: yo en mi caso pienso que no, muy joven no. Porque a veces se ve muchas experiencias. Yo por ejemplo mi hija, ella se casó ya tenía como 20 me parece, y mírela usted, su esposo... talvez le faltó mucho qué conocerse, o no sé qué haya pasado y a los siete años que se casaron él se enamoró, buscó otra 'onde divertirse más otra mujer.

Inv: y decidió terminar la relación con su hija . ¿usted cree que eso haya pasado porque el muchacho no tenía juicio no había vivido lo suficiente?.

Gloria: yo pienso que si, que a lo mejor que le faltaba mucho que divertirse todavía, es mi manera de pensar, no sé.

Inv: cómo tomó su experiencia su hija Gloria.

Gloria: pues ella la verdad no sé cómo lo haya tomado ella, pero.

Inv: cómo la vio usted.

Gloria: ella cuando le pasó esa cosa, esa situación se sentía triste.

Inv: la veía triste?.

Gloria: Triste, molesta de lo que había pasado.

Inv: Gloria cuando usted se... decidió junto con su esposo casarse que tenía 18 años, la se acostumbraba así en Carranza casarse joven.

Gloria: pues la verdad en la mayo, en mayor caso si.

Inv: ahorita ha cambiado.

Gloria: Nooo, ahorita hasta más jovencitas se casan, de 13, 14 años se están casando.

Inv: es decir más jóvenes se están casando?.

Gloria: si pues. ahí 'on 'ta mi cuñada donde llega usted, tiene una hija que se le casó de 13 años otra que se le casó de 15 años.

Inv: de 13 y 15?.

Gloria: dos creo muchachas creo que se casaron de 13.

Inv: porqué cree que pase eso Gloria?.

Gloria: Pues a veces digo yo que pienso en mi manera de pensar que a veces porque nosotros padres... no dedicamos otro poco más con nuestros hijos.

Inv: cuando los muchachos empiezan a querer casarse o a casarse muy jóvenes quiere decir que ya quieren salir del hogar o no están a gusto en su hogar.

Gloria: ya no están, ya no se sienten bien con su, piensan así como las muchachas piensan que al tener sus esposos, piensan que su vida va a ser muy distinto que con sus padres, y a veces se dan... que no es así la realidad.

Inv: se topan con una realidad diferente.

Gloria: se topan con la realidad diferente que en vez de que vayan a mejorar se vienen empeorando la situación porque ya lo primero que es van a tener hijos.

Inv: tienen hijos y ese es un compromiso que.

Gloria: si pues es un compromiso grande.

Inv: una persona que comienza con un compromiso grande, por ejemplo de tener ya sus hijos, si lo empieza joven quiere decir que también que esa persona joven empieza a tener penas, aflicciones, problemas obligaciones, carencias todo eso.

Gloria: más que nada problemas, la situación es más difícil.

Inv: cómo por ejemplo qué problemas empiezan a presentar Gloria, qué problema.

Gloria: este si llegan a tener sus hijos, si en esas posibilidades de que están, no tienen un buen este... una buena relación el marido y la mujer, sus hijos este... van sufriendo lo mismo que van a sufrir ellos, cuando eran pequeños y los problemas más difíciles es cómo van a crecer sus hijos, si ni el marido ni la mujer piensan un futuro bien los dos, qué tal si se encuentran con un hombre que le guste tomar, drogarse, ahí viene la, y una de mujer con la obligación. Y si una de mujer es un poco desobligada, no piensa uno por el porvenir de lo que viene uno creciendo, ahí viene ya la, que no hay una buena relación y una buena unión; y un buen futuro para ese niño.

Este tercer fragmento nos aporta los elementos para confirmar los análisis antes realizados. Sin sugerente alguno –en ese proceso nosotros, durante la entrevista solo dábamos continuidad a lo que la participante iba articulando con sus propias palabras–, Gloria acomoda los elementos que a su vez va generando en su testimonio, deja notar que los elementos psicosociales estuvieron presentes en su vida desde periodos previos a su vida en pareja. Expresa que se casó a una edad joven y posteriormente opina que la juventud es una edad inadecuada para un compromiso como el matrimonio. Ello pone de manifiesto que los elementos que refiere como obstáculos para opinar positivamente acerca del matrimonio juvenil, forman parte de su campo semántico y con ello de su dimensión del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*; todo parece indicar que su opinión está matizada por su experiencia vivida, retroactiva a través de esa cualidad psicosocial, en ese momento. Es posible en la última parte del fragmento identificar la referencia a la vida en matrimonio cuando la pareja era joven; al referirla menciona a su hija, pero esos mismos elementos están en el fragmento 1 mencionados acerca de la negativa a reiniciar su vida de pareja después de enviudar; no opta conductualmente por reiniciar su vida de pareja –con otra persona–, sino por substituir –ella misma, personalmente– a quién había muerto –su pareja, la cual murió–. Su testimonio permite conocer su actuar en el pasado, y ese mismo testimonio permite conocer su opinión negativa al matrimonio joven como ella misma lo vivió y como una de sus hijas lo ha vivido. El proceso psicosocial de intercambio con la otredad está presente y funcional tanto en su actuar como en su opinión.

En la lectura de su testimonio está todo el tiempo presente la idea de que su tranquilidad y ausencia de síntomas biomédicos, obedece que, su vida tuvo oportunidad de transitar por la experiencia conyugal, que por circunstancias ajenas a ella misma, terminó en la muerte de la pareja, pero que en la oportunidad de reiniciar esa vida de pareja toma la decisión de prescindir de un hombre que la acompañe, proteja y tutele –en el imaginario común de la localidad y sus prácticas de la masculinidad–; más aún, el hecho de que haya tenido oportunidad de tener una

relación sentimental, con un hombre, la cual después de un tiempo resultó fallida, atestigua que su decisión está sustentada en componentes racional-emotivos equilibrados, sin consecuencias a nivel intrapsíquicos lo cual muestra su ausencia de síntomas. Ello nos conduce a incorporar esa decisión, en el conjunto de hechos al que tuvimos acceso, por el contenido manifiesto del testimonio, y con ello a suponer que esa vida sin una pareja, que para otras mujeres representaría enfrentarse a la presión social, es lo que le abre la posibilidad de llevar una vida tranquila, por difícil que resulte de creer en la observación psicosocial de otros diabéticos, y en la tradición biomédica para una persona que ha vivido con *Diabetes Mellitus* durante 10 años. En sus palabras, ante su viudez ella se sacrificó, por el bienestar de sus hijas y con el apoyo de su madre, su propio gusto y su cuerpo; a consecuencia de ese sacrificio y desatención sobrevino la diabetes, reacomodando su existencia a una vida cotidiana sin tantos placeres gustativos, a cambio de ello recibe ese gusto a través de la satisfacción de vivir una vida en la que su madre, sus hijas y ella están juntas y viven una vida tranquila. En todo ello interviene desde luego el hecho de que para esta participante, la sintomatología relacionada con la diabetes es escasa y le permite vivir una vida más o menos alejada de los principales motivos de consulta médica de urgencia.

5.1.2 Caralampia.

Aunque es usuaria del hospital Venustiano Carranza, no asistió a la reunión mensual de pacientes diabéticos en que dimos a conocer nuestro proyecto y los invitamos a participar. Su presencia en nuestro universo de estudio obedeció a que en el recuento para programar la discusión grupal para la colonia San Francisco –colonia contigua al hospital, en alguna medida distanciada del poblado en sí– solo habían anotadas dos personas y la entrevista grupal debía iniciar con al menos tres. Gloria era una de las dos anotadas, y recurriendo a ella para conocer si había alguna otra persona que reuniera los criterios para buscar su participación, sugirió a Caralampia. Al asistir a su domicilio e informarle de nuestra propuesta aceptó y el día acordado asistió a su primer reunión de discusión grupal con puntualidad.

Caralampia es una mujer de 65 años y vive con diabetes desde aproximadamente 20 años. Es casada y vive con su pareja. Se dedica al hogar y al comercio, pues atiende una tienda en su domicilio en la colonia San Francisco, que es tierra comunal. Forma parte de un esquema fraterno formado por cinco hermanos de los cuales solo ella presenta *Diabetes Mellitus*, niega que su

padre o su madre la hayan padecido también. Caralampia tuvo dos hijos, de los cuales uno falleció en un atropellamiento por un automóvil hace aproximadamente 20 años, siendo éste un evento emocional agudo al que ella misma asocia como la causa del fenómeno mórbido.

Las entrevistas tuvieron lugar en su domicilio, que se ubica a 200 metros de la carretera que comunica al cruce de la carretera estatal con el centro de la ciudad. En una ocasión mientras charlábamos uno de sus hijos atendía su tienda, aunque su hijo estaba al pendiente de las ventas, ella estaba ahí porque su hijo desconocía suficientemente los precios de los productos. La vivienda en la que habita está construida de ladrillo y concreto, el techo es de lámina metálica y el suelo es también de concreto. El local comercial al que se dedica ocupa la parte frontal de su vivienda y contigua a ésta se encuentra una sección bastante amplia que sirve como cocina, sala y comedor. Su esposo y su hijo adulto que habitan en el mismo domicilio se dedican a la agricultura; en el fondo de su domicilio se observa un patio de grandes dimensiones con diversos utensilios para la labor agrícola como bombas aspersoras, machetes, costales, un tractor con arado y un vehículo de carga antiguo pero funcional.

Se hicieron tres entrevistas, con lapsos de seis a siete días entre una y otra. Éstas tuvieron lugar en los meses de septiembre y octubre de 2013.

Encontramos en el testimonio de Caralampia un rico y amplio abanico de sentidos en su expresividad, tanto en la entrevista grupal como en las individuales. En la transcripción de la entrevista grupal puede observarse que los fragmentos de intervención duplican o triplican su extensión en comparación con la de los otros participantes.

Todo el tiempo se observa un testimonio con gran franqueza; en éste da a conocer con cierto énfasis el largo tiempo durante el que ha vivido con diabetes. Ese énfasis se hace notar por diferenciarse respecto del tiempo que el resto de los participantes del grupo –alrededor de 10 años más– ha vivido con el fenómeno.

Nuestras notas de campo nos ofrecen la oportunidad de observar en doña Caralampia una persona de complexión delgada, con múltiples arrugas en el rostro, se ofrece a su encuentro la idea de que es una persona que ha perdido suficiente peso y la piel de su cuerpo permite notarlo, además su vestimenta es la de una persona formal, vistiendo vestidos completos. Su delgadez le permite moverse con singular rapidez a pesar de su edad; la fluidez con la que se expresa oralmente hace coincidir la rapidez con la que su cuerpo se desplaza. Sus intervenciones parecen mostrar un cierto protagonismo, pues ante todo tema en discusión interviene opinando y

sugiriendo; esa presencia constante en la discusión parece mostrar que con su expresión encuentra cierto alivio y consuelo.

Podremos apreciar en el siguiente fragmento (1) la presencia de la categoría *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*; la participante entra gradualmente en una dinámica dialógica en la que alude a la opinión de otras personas y responde con su propia opinión a esos comentarios. Ello la lleva a referir un antes y un después de su debut con el fenómeno mórbido; recurre a evidenciar la juventud de otra persona para clarificar su propia juventud, en la que hubo con ausencia de síntomas, ello sucede en un diálogo *Recíproco con la otredad*. En esa referencia se observa una especie de dialéctica de contenidos, a través de los cuales Caralampia deja en claro que no es una persona “como lo era antes”, que en el presente es un ser viviente que ha sido modificado por el tiempo y por las circunstancias de su “enfermedad”. Responsabiliza a ésta de no poder observarse como los demás y por no poder llevar una vida de soltura en la elección de sus alimentos, como otros sujetos en su juventud; al hacer ese diálogo de temáticas psicosociales está aportando al mismo tiempo los elementos testimoniales iniciales para identificar también el *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, volveremos a ésta después de conocer el testimonio. Revisemos el fragmento 1:

Caralampia: Aunque ella [se refiere a Gloria también presente en la entrevista grupal], yo de mi parte lo miro que parece que no tuviera, porque se ve bien gorda; ¿pero por qué? porque está joven, se ve bien gorda ella, es como me pasó a mi verdad. Como me dice una, no le da envidia que a otras lo mira usted bien gorda y usted. No me da envidia Diosito lindo no quiere envidia; Diosito no quiere que uno tenga envidia, ¿por qué? porque me dio mi salud, en un tiempo me dio mi salud. ¿Por qué me va a dar envidia porque a otra lo mire yo gorda y yo estoy flaca o estoy, porque si ella está buena, yo estoy enferma ¿verdad? ; Yo estoy enferma no puede ser que yo me iguale a una que está buena, saludable, comiendo de todo, ¿por qué? porque ‘ta buena pues. Yo lo que ella come, pongamo´ verdad que si esa muchacha que me está diciendo eso ella come tamales con harta manteca, come puerco, come sus chicharrones bien galanes, que también lo llegué también en Carranza, antes verdad lo llegué a comerlo todo lo que me está diciendo pero estaba yo buena, todo se come cuando está uno bueno.

La presencia de esa cualidad psicosocial, le permite asumir su propia entidad existencial en los márgenes de la finitud vital de alguien más; tal vez los principales elementos que llevan a este individuo a observarse más cerca del extremo fatal de la relación vida-muerte, sea la experiencia de los síntomas biomédicos, que experimenta por la presencia del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, al que nombra con el término enfermedad y al cual atribuye importancia en vista de que la hace ver diferente de otra mujer. Es a través del fenómeno mórbido, como cobra sentido la observancia de la otredad, la cual viene a ocupar un lugar en su trayectoria personal;

viene a ser su cuerpo y la delgadez que éste le permite observar, lo que funciona como vínculo con la otredad, más específicamente de la confirmación de éstos con los comentarios que los otros hacen de su realidad corporal; es decir su delgadez ligada socioculturalmente a la enfermedad y a la muerte, le permiten a través de los comentarios de la otredad, *Hacer corazón fuerte*, para soportar los comentarios que la obligan, puesto que todo sujeto se constituye en la otredad, a *Tragar y beber* la realidad que la otredad le acerca sobre sí misma. En un segundo momento del testimonio se refiere a una especie de imposibilidad de comparar su estado de salud con el de otras personas, con las mismas características humanas, que ella pero con menor edad, y en esa medida con mayor desconocimiento sobre el futuro final humano.

Todo el tiempo –desde el diagnóstico– ha estado consciente de tener diabetes, pero en el momento en que recibe el bautismo diabético comienza a experimentar retroactividad, es decir a ir atribuyéndole valor a otras etapas de su propia existencia, en un proceso de *Reciprocidad con la otredad*, ello le permite asumirse como sujeto de finitud. En elemento clave en la apropiación de la finitud fenomenológica, es la experiencia vivida acerca de la muerte de su hijo –la cual se revisa en el análisis del fragmento 8–, la cual actualiza su propia existencia a nivel consciente es decir a nivel del Yo, y con ello ante la otredad; una otredad que en su círculo inmediato no muestra precedentes de diabetes en la línea parental o fraterna.

En la siguiente cita (2) identificamos el fracaso ante su intento de *Control / Manejo del fenómeno mórbido*, éste se observa al momento en que describe días de franco sufrimiento por la ineffectividad e incertidumbre de sus acciones frente a los síntomas que experimenta; específicamente frente a un malestar que, por los efectos que ocasiona incluidos en éstos un gran desagrado, se asemeja más a una manifestación de insatisfacción generalizada que a una expresión orgánico-sintomática.

Encontraremos también elementos que reafirman la presencia *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad* en el testimonio de Caralampia; es posible identificarla en su primer intervención cuando alude a lo que ella experimenta, contrastado con la opinión y acciones del personal médico; dichas opiniones le proponen ingresar a las prácticas biomédicas de atención el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, a lo que ella se niega. Se trata de una especie de intercambio de elementos constituyentes de una realidad comunitaria, en la que *Tragar y beber* medicamentos es válido, más no al grado de inyectarse insulina. Es posible identificar

dificultades para *Darse cuenta / impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus*, de lo que su cuerpo necesita, cuando su resto psicosocial desarticulado no lo acepta; gradualmente ganando terreno en su forma de concebir su enfermedad. Tenemos a continuación el fragmento 2:

Inv: ¿Se mareaba?

Caralampia: Si, a veces que fui pues en la clínica dice el doctor ¿cómo se siente usted? bien le dije doctor, y si le hubiera yo dicho que me sentía muy mal con más gana me hubieran metido en la urgencia, pero le dije yo que me sentía yo bien. Hasta que llegué yo en mi casa porque me sentía yo mareada y era porque estaba más de 300 subida mi azúcar. Ya al otro día me fui, este... a hacerme uno mis análisis en el laboratorio de aquí de Carranza y salí con 250 y aquí me dijeron que me sacaron en mi dedo más de 300; pero no estaba yo contenta, dije yo, ¡no! A veces me dice la enfermera que a veces no muy sale bien el positivo de que cuanto sale uno, me fui en el laboratorio aquí de Carranza, me dijeron que 250 tenía yo pero no me sentía viniendo como una docena me digo a plancha' pue', hice mi comida, me puse a plancha y me sentía yo contenta y que el doctor que ya me iba a echa pa' la urgencia. Ni lo quiera Dios le dije yo, llegando allá de plano me van a pone' este... esa inyección que ponen este... la insulina.

Inv: Ah, si, si

Caralampia: Y yo la verdad nunca me han puesto la insulina.

Inv: ¿Nunca?

Caralampia: No, nunca. Yo por eso le tuve miedo. No mejor me voy. Se va uste' a morir me dice el doctor que lo lleve mejor pa' la urgencia, ah ay Dios si me muero me voy a morir en mi casa, no quiero morir aquí en la clínica. Se empieza a reír el doctor, que le dije ansina pues, pero yo no quería que fueran a ponerme pue' ahí en la urgencia, dije yo, no mejor me voy pa' mi casa. Viniendo aquí trago mi pastilla y bebo un mi jarabe que es bien bueno pa' esa enfermedad y bebo una plantita que es este... cómo se llama esa planta... que es muy bueno que rápido lo baja la azúcar, el cargapalo, no sé si lo conocéz

Julio: Si, si, si.

Caralampia: ¿Ya lo haz bebido?. Ya viniendo pongo pues una mi caldera de cargapalo, la hojita ahí bien mi hoja, me lo puse y me saco un mi vaso de, de esa agüita de cargapalo, me lo bebí. A las dos horas que tenía ya mi cuerpo ya me sentía yo mejor pue', me echo otro vaso de agüita, pues ah con eso. Inmediatamente baja con esa agüita de cargapalo la azúcar, por más que lo tenga uno bien subido rápido baja; yo porque ya lo he probado que lo he tomado esas agüita y me voy a hacer este, me voy a hacer mi análisis, verdad, cuando ya lo estoy tomando seguido y dice el doctor, ¡no tiene azúcar! ¿Dónde está la azúcar que tiene?. No sé pero tengo le dije. No tiene, aquí en los análisis no sale con nada, dice; sale normal como cualquiera persona que lo tenemos, dice, sale su azúcar dice. Pues gracias al Señor le digo, si no tengo pues gracias al Señor. Y así siempre me cuido pues verdad no es que yo coma de todo pue'. Y ese día que fui a la clínica salí subida porque hice un mi poquito de mole con arroz y lo sentí que estaba bien sabroso; agarro un mi poquito de mole con mi sopa, y dice mi esposo: no comáz arroz, este mole. ¡Ah que boberas! que si voy a morir que vaya yo llena, le dije; hay cómo soz de necia voz. No le hace pero voy a comer. Ese fue el que me subió por el recado, el recado si es muy malo. Antes yo comía lo que fuera, y por eso no rebajaba yo; y tenía yo

azúcar porque no rebajaba yo. Eh yo comía mi mole, yo hacía yo mi sopa y me sentaba mi platón de mole, ¡ah, boberas!, y como estaba yo joven yo no lo sentía yo nada de esa enfermedad. No lo sentía yo pa' nada esa enfermedad de la azúcar; y la gente que me decían, ah! si no tiene uste' azúcar como está usted de galana bien gorda, y que dice usted que tiene usted azúcar, yo comía yo. ¡Bien comía yo!. Ya ahorita a mi edad, para sus edad de ellas que están diciendo verdad, y para mi edad de yo puedo estar más vencida yo que ellas pues verdad; pues claro está que ya en ese edad de que uno tiene uno, ahí ya va atacando ya la azúcar.

Inv: Claro!

Caralampia: Ahí va atacando ya más la azúcar, ahí va atacando más la azúcar porque no es lo igual un joven como uno ya de la edad más, más bajo pue' ya.

Inv: O.k.

Caralampia: Pero no... gracias a Dios que yo me conformo porque cuando salgo afuera de mi casa, contenta 'tamos platicando, dice mi esposo, salí, andá vamos a por ay pa' que 'tes platicando y ansina me olvido de todo; pero si está uno en la casa solo pensando nomás. Hay Dios mío que me duele... mis huesos, que me duele mis, mi cuerpo; ahí lo está uno pensando nomás qué duele. En cambio saliendo se olvida uno de todo se olvida uno. Hay Dios mío, voy en Carranza y allí me hallo con comadre, me hallo con alguna amista' y... 'tamo platicando; que contenta vengo en mi casa, parece que no tengo nada de mi enfermedad. Y por eso le digo, parece nada es bueno salir verdad porque se distrae uno pue'; y estando en la casa pue', siempre, solo está uno pensando en..., del mal. Si, ansina es.

El *Control / Manejo del fenómeno* que esta participante testimonia, al referir su peculiar manera de increpar la indicación médica, de recurrir a la infusión de “cargapalo” o la decisión de salir de su domicilio para dejar de concentrarse en su “enfermedad”, da cuenta de la singular manera que ha ido, gradualmente construyendo, en el afán de hacer frente a lo que en ella se manifiesta como insatisfacción. Ese manejo es tan peculiar que se observa de manera múltiple, no exclusivamente como la tradición médica vulgar lo indicaría, es decir solamente a través de una terapéutica predominantemente herbolaria –*Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*–, sino también mediante la examinación sanguínea química clínica y la farmacología propias de la biomedicina.

Al final de esta cita se escucha por momentos optimista cuando refiere su experiencia crónica en el manejo de su afección y a pesar de ello su sobrevivencia; por momentos aparecen intervalos de resignación o conformidad, cuando en el discurso grupal se asoma el tema de las escasas afectaciones de la diabetes durante los primeros años de vivirla y los comparativos que sobre eso le hacen personas jóvenes.

Tanto en la cita anterior como en la que a continuación exponemos es posible discernir en su discurso una apropiación del discurso biomédico y actividad comportamental no sistemática orientada por ese conocimiento; a su vez se observa ansiedad frente a los inciertos resultados de la terapéutica biomédica a la que no acepta del todo, lo cual nos permite observar que el *Control / Manejo del fenómeno mórbido*, es una dimensión abierta y que se encuentra en constante actualización. No debemos olvidar que el fenómeno mórbido es una construcción biopsicosocial, en ese sentido ningún argumento biomédico alcanza a explicar suficientemente al sujeto que sufre el fenómeno, lo que está sucediendo; por ello la voz del sufrimiento a pesar de los esfuerzos prácticos del *Control* dejarán siempre una porción del fenómeno mismo descubierta, inexplicada y en constante búsqueda de respuesta. Ante esa realidad, todo *Control / Manejo del fenómeno mórbido*, interactúa con un *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*; es a través de ésta como el sujeto busca argumentos que expliquen lo que experimenta no solo en el campo de lo médico sino en una dimensión existencial más amplia –terreno que históricamente ha sido dominado por el discurso religioso al que alude con frecuencia Caralampia–, y que a su vez le permita hacer frente al sufrimiento. Lo hasta aquí expuesto puede también identificarse en el fragmento 3:

Caralampia: Pero si no lo saben. Por eso ahorita mire usted, ¿qué va uno a pensar? Hacerse los análisis, en los análisis está, sea que salga uno bien o salga uno subido, pero en los análisis sale todo. ‘Horita todo, todo que va uno a hacer los análisis para verlo pues que si qué siente uno pue en el cuerpo, o si no lo sabe uno que tiene uno esa enfermedad pue’; entonces está uno con la esa duda, pues mejor se va a hacer los análisis para que sepa uno qué tiene uno, y no es otra enfermedad o es los análisis ya es la azúcar, ahí sale uno pensando qué es. Pues si, eso es lo más. Pero si no se va uno a hacer, ahí se está uno quejando, ¿qué será que tengo?, ¿por qué me duele esto, por qué me duele el otro?, no más sabe uno que ya entró la azúcar, porque así es en un momento a otro: la azúcar, ese si donde quiera.

En este pequeño fragmento podemos observar una fuerte alusión al conocimiento biomédico, se recurre a éste como herramienta para tener conocimiento sobre sí misma; en su búsqueda, Caralampia demanda respuesta a sus incógnitas en el grupo social al que pertenece, en la medida en que ese grupo orienta sus prácticas en un apego gradual al conocimiento biomédico, también ella recurre a éste. Todo ello sucede sin abandonar del todo sus prácticas precedentes; es decir que, como es posible observar, la confianza que se deposita en ese conocimiento es parcial. Cuando Caralampia corta las palabras que utiliza para referirse al término “análisis” –ella pronuncia “analis”, refiriéndose a los análisis laboratoriales de sangre muestra que su confianza en esas prácticas, y en el conocimiento que los respalda, es en su caso incompleto; al inicio del fragmento se le escucha decir el término completo y posteriormente corta la palabra en cinco

ocasiones. Ese recorte observable en su testimonio no es sino su particular manera de expresar su *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*; es decir la aceptación que hace del discurso biomédico que ha recibido como lo atestigua el *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico*, pero lo ejecuta imperfectamente, puesto que la perfección a la que aspira el discurso biomédico en el individuo se reduce a la presencia del sujeto del inconsciente.

Sobre la cualidad psicosocial *Digamos / Actualización generacional fenomenológica* recae buena parte de la débil confianza en el discurso biomédico; en ello influye –como lo veremos en el siguiente fragmento (4)– también la escases de los resultados esperados, los cuales generan en Caralampia, una gran ansiedad que la lleva a apalabrar una sensibilización con la inevitable finitud vital orgánica. A través de sus palabras introduce en el testimonio la intervención de su pareja, lo cual hace notar los efectos que él tiene sobre sí, al pretender intervenir para aliviar esas experiencias desagradables; su pareja participa activamente en la *Reciprocidad en la otredad*, pero sus románticos afectos no sustituyen la experiencia vivida de su esposa. Pues en el fondo Caralampia enfrenta con estoicismo lo que experimenta, es decir su realidad; asume el llamado –que como sabemos se encuentra en el extremo final del fenómeno mórbido y– de la muerte y lo apalabra en una especie de sin-razón o como una búsqueda de descanso del sufrimiento al que la aproxima su existencia. El siguiente fragmento (4) nos permite notarlo:

Caralampia: pues lo que viene dando pue' verdad es la diabetes es puro dolor de los huesos, si. Dolor de los huesos, ansina como ando ahorita yo ni lo sé si estoy subida, porque anoche estaba yo bien mala, con un dolor de mi cuerpo, dolor de mis huesos; hasta ellos 'taba yo ya desesperada, la verdad mi marido pobre hasta le dije que hasta morir quería yo ya. Este que Diocito me lo perdona le dije yo voy a hacer como ese muchacho que bebió veneno ahí tengo bastante, le dije yo, que Dios me lo perdona le dije yo, ya no lo aguanto este dolor de mi hueso, dolor de todo mi cuerpo, ya no. Me fui a acostar porque no lo aguantaba yo, porque cuando está subida la azúcar, y cuando estoy buena que no me duele nada, pues está bien, está normal la azúcar. Pero cuando está subido y ahí pues no lo sabe uno si está subido o está bajo, con una sencillez que pueda uno comer verdad aunque se esté uno aguardando pero con un tantito que coma uno bastantito ahí viene un subión, ya la azúcar y de eso mismo hasta puede matar, porque un subión que da es un dolor de la cabeza que no se aguanta el cerebro; ya no, ya no lo aguantaba yo y me desesperé por completo. Dice él, te llevamos, te llevo mañana con un médico, no quiero nada, si no me pongo asina. Ya le dije yo, no quiero nada, que yo me muera ya para que acabe la pendejada ya. Y ahí me está hablando, no te voy a llevar a Tuxtla te voy a llevar un médico que te mire qué tenéz o cómo es que está. Pero lo primero que me van a decir es que yo me saque análisis', por todo ese dolor qué cosa es si lo tengo subido mi azúcar o la grasa, también pero no sé le digo yo estoy aguardando dieta, no puedo decir como pura grasa, casi no como nada de grasa y cómo va a venir la grasa. Me cuido yo me cuido

Inv: y aun así se le sube.

Caralampia: Hay unas que dicen ah.. boberas!, yo no me cuido, como de todo, como tamal, como chicharrón como de todo, y qué bonito que no les cae mal. O no sé le digo yo. Ah no también nosotras nos ponemos, ahh pues ustedes también es porque lo saben que es malo y lo están comiendo, yo sé que es malo y no lo como. Pero con todo y ese mire usted, le digo. Es que la azúcar así es, cuando uno está bien hasta uno se pone uno contenta, 'toy. Y le digo ahh, cuando estoy contenta no me siento con dolor de nada, porque lo primero cuando está subida la azúcar es la cabeza, el dolor de la cabeza. El cerebro.

Inv: Lo primero que le da a usted es el dolor de cabeza

Caralampia: si dolor de la cabeza, dolor de cerebro, y ese hasta puede matar en un ratito porque así es. Y por eso le digo pue' que siempre está jodido ya, ya no sana uno ya por na'a ni porque aguarde uno dieta ni por nada.

Inv: Entonces ayer que me platica que se sentía así como desesperada, eso le pasa así porque por un lado se está cuidando, no se desmanda, y aun así le da el malestar.

Caralampia: si de una vez estaba yo. Pues si, eh no le entiendo que cuidándose se sube la azúcar o será otra enfermedad, solamente Dios sabe, solamente haciendo los analisis', porque en los analisis' ahí sale qué cosa puede uno tener. Y ya sobre eso pueden dar la medicina. Por eso él dijo te llevo donde está un especialista en Tuxtla. Ah no! Te digo que te voy a llevar, después ahí me estás diciendo que si no te llevo. La verdad cuando estoy desesperada no quiero nada, ni que me hablen quisiera yo. Si ayer estaba yo bien mala, y ahora me dijo él pue' te voy a llevar en Tuxtla que te mire un especialista que te mire qué cosa tenéz. Na'a, ah pendejada dejalo, ay cuando vengas a ver ya me mori ya. Ah que boberas de vos, dice 'vonos, no no quiero ir, 'onde digo que no es no. A veces me regaña y dice yo te quiero llevar con un especialista.

Cuando el esposo de Caralampia le sugiere llevarla con un médico especialista, lo hace con la certeza de que éste va a poder descifrar el enigma que con su inherente desconocimiento, hace sufrir a su esposa. Pero esa oferta no parece ejercer influencia optimista alguna a quién sufre, probablemente por la certeza de que ningún médico, por especialista que parezca tiene la comprensión, y mucho menos la solución a lo que a ella misma le acontece; y que al parecer nadie más que ella puede dimensionar. También está presente su negativa a *Tragar y beber* la biomedicina al grado de aceptar la probable administración de insulina.

El vínculo que se establece entre el sujeto (Caralampia) y la otredad (su familia y grupo social) es funcional en una especie de mediador, el cual se observa en diferentes niveles de confianza. En la mediación entre el sujeto, su malestar y la búsqueda de respuestas se utilizan las siguientes instancias:

- I). A los remedios naturales como infusiones para el control de la sintomatología diabética
- II). Al escudriño biomédico para dilucidar lo que sucede en sí misma
- III). Una fe en Dios respecto de la incertidumbre acerca de la vida y con ello de la muerte.

A continuación exponemos algunos fragmentos en los que es posible apreciar en un marco contextual de la otredad la presencia de las instancias arriba mencionadas; además de en el fragmentos 2; aquí lo refiere de la siguiente manera, –fragmento 5– I)::

Caralampia: El dolor de los pies que se siente, la sed que tiene uno como dice pue' él también pues ¿no?. Pero uno verdad si le atina uno ligero a alguna pastilla que haiga verdad pues con ese se controla también. Y yo me controlo también con esas agüitas como digo, ayudándome verdad también por eso yo no sé yo como no lo siento como ni me miro que hay unas que me dicen: ¡hay está usted bien flaca!. Y dice el doctor, hay las pobres gente dicen, hay 'ta uste', comadrita está usted muy flaca; y eso no lo deben de decirlo. ¿Por qué? porque luego se les mete en la cabeza, le decís hay Dios yo me siento flaca yo no estoy como antes que estaba yo bien gorda, y ahí viene ya la tristeza que ya les da, por eso ya lo vieron dice, pero como no nosotros lo mandamos pues, verdad hay una pue' que dicen: comadrita cómo está usted de flaca. Y digo yo, tengo pue' enfermedad, ¡cómo no voy a estar flaca si tengo enfermedad!. Y mire usted cómo yo mi cuerpo, no le da envidia mire usted comadrita, ¡envidia no me da!. Sabe usted que me da tristeza por lo que tengo de esa enfermedad. Envidia no me da porque yo ya lo pasé, si quieren mírenlo mi foto como estoy cuando estaba yo buena, porque me tomé mi foto, porque me ponían de madrina, y qué iba uno a hacer, a tomarnos la foto con los niños, con las, con los ahijados pue' verdad, y este y ahí estoy mi foto, bien gorda, bien gorda. Y me dicen: ¿será que es uste' usted?, hay no sé conózcenlo si soy o no; pero no se mira usted ahí como está usted aquí, pero ahí estaba yo buena, ahí estaba yo buena, llena de vida, que yo comía que no tenía yo dieta, yo comía yo. Hay Diosito lindo si yo lo dijera todo lo que se come cuando está uno pue' buena verdad, como cualquiera persona que esté bueno, esos no van a que si de escoger, porque porqué: no están de dieta, comen de todo pue', ahora pues ya nos estamos minorando ya en la comida, pa' qué: pa' que estemos un poquito pue' medio buenos. Si ya no es igual.

La extensión de este fragmento de testimonio nos permite adentrarnos al contexto en que la herbolaria le es útil. A su vez esta instancia nos permite observar la fuerte presencia del valor atribuido a la vida vegetal; la dimensión natural se encuentra presente fundamentando la dimensión existencial amplia de Caralampia. Está implícito que en alguna medida el saber, heredado –vía *Reciprocidad en la otredad*– acerca de que las plantas, proveen una cierta capacidad curativa natural y a su vez inerte en comparación a la farmacología biomédica; ello en la medida de que la vida misma que posee obedece a una existencia también de orden natural. Ahí donde está presente Caralampia defendiendo su situación actual tanto en apariencia como en experiencia, también se encuentra representativamente su grupo social; esa presencia se traduce en la demanda de una explicación del por qué está tan delgada, así como en la respuesta acerca del porqué. Cuando se le increpa por su cercanía a la muerte, ella responde argumentando que se encuentra en ese punto del transcurso vida-muerte, pero aclara que el diagnóstico es un aviso más no la muerte.

Para la instancia II tenemos el siguiente fragmento (6):

Inv: Doña Caralampia aparte, su tratamiento qué toma, de doctor, del médico

Caralampia: ah si, tratamiento de pastillas. Tratamiento de unas pastillas que me da el doctor que yo 'te tragando. Porque una pastilla, ay Dios dónde lo tengo, no me acuerdo donde lo tengo. La que me dio el doctor, no te acordás [pregunta a su hijo]

Inv: ¿Cuál es glibenclamida?

Caralampia: [¡eso contiene!, contesta su hijo] esa, ese también. Porque cuando iba yo en la clínica me daban esa pastilla y otra una botellita, y tragaba tres veces al día y ya me estaba doliendo como que me quería dar la visi.. visícula, ese que agarra aquí en el estómago.

Inv: Si, si.

Caralampia: tres veces al día y me iba yo hacer mi análisis y salía yo con 250 que 300, Y mis pastillas pue' que estoy trague y trague?, ¡No! No le dije, mejor voy a comprarlo con doctor, porque no me está cayendo bien esta pastilla. Tres veces al día como me dice el doctor lo estoy trague y trague y de balde no, no me hace nada al contrario ya me estaba ardiendo ya aquí la boca del estómago.

Inv: tomaba esa pastilla tres veces al día.

Caralampia: así me decía pues el doctor, que tres veces al día, pero no, no me hacía nada

Inv: no le hacía nada y ya le estaba haciendo daño

Caralampia: ya me estaba haciendo daño ya de tanta pastilla tres veces al día, tres veces al día. Tragaba yo en el almuerzo, en la comida y en la cena. Y así me decía pue' el doctor: ¡no! sale muy subida trague tres veces al día, bueno 'toy trague y trague. De ahí me iba yo así cuando ya me tocaba ya en la clínica, ya me hacían mi análisis pue' que hacen aquí del dedo.

Inv: si

Caralampia: y ya me decían por qué salió tan..., de 300, ahh, mejor lo dejo las pastillas ya le dije al doctor

Inv: es decir era como ahorita, es decir seguía bien su tratamiento y aun así salía alto

Caralampia: Si, no le dije al doctor, voy a dejar estas pastillas, ya me está dañando otras cosas ya de mi estómago, mire cuanto salí de subida; ¿entonces no le cae bien?, no mejor lo voy a comprar con doctor. Y hasta que lo tragué,... lo compre con doctor, ansina estoy con mi tratamiento de pastilla con doctor, pero contiene esa, esa...

Inv: glibenclamida

Caralampia: si, contiene esa pastilla que dan los doctor

Inv: y cuántas toma.

Caralampia: Trago dos veces al día; si, uno en el almuerzo y otro en la comida. Y siempre mi vitaminas que me estoy ayudando. Sobre de eso mis vitaminas, mis vitaminas.

Inv: ¿Toma medicina para alguna otra cosa?

Caralampia: no.

Inv: ¿Sufre de alguna otra cosa?

Caralampia: no solo del azúcar. Ese es nomás el que tengo pue'

Resulta curioso observar el temor que Caralampia manifiesta por obedecer la indicación médica de administrarse tres tabletas en un solo día; interpreta los efectos secundarios al fármaco como el surgimiento de otra enfermedad, y ante ello así como ante su evidentemente escasa obtención de resultados, decide abandonar ese formato de atención biomédica. Ese temor manifiesto en Caralampia, no puede provenir más que de la concepción comunitaria acerca del enfermar, es decir de la dimensión sociocultural o la otredad. La imposición de la lógica farmacológica biomédica es rechazada en buena medida al grado que utiliza el término “tragar” con cierto dejo despectivo, para referirse a la ingesta del fármaco, en comparación con otros términos que utiliza –en las mismas entrevistas– para designar la deglución alimenticia como comer o tomar.

Mientras que para la instancia III, –fragmento 7–):

Caralampia: Ah, bueno, para uno que sale de 300, pero gracias al Señor verdad, que hay que pedirle nuestro Señor cada día, cada día, él es el único que nos va a librar y él nos va a proteger todo. Porque si nosotros no nos acordamos de nuestro Señor más nos arrebatara la enfermedad, ¿qué pasa? ¡Hay ya no lo aguanto, ya no esta enfermedad que si es esto, que si es el otro!, pues no, hay que acordarse de nuestro Señor Jesucristo que él es el único que el nos va a proteger, saben a eso o no lo saben, que Diosito nos protege, en todo nos protege, vamos a salir 'onde quiera, en el nombre del Señor Jesucristo que él nos va a ver. Si alguien viene atropellándome pues lo detiene con su grande poder y yo ya no me pasa nada, ¿verdad?, ¿así es o no así es?. Que sea ansina que nosotros nos protege nuestro Señor, pero no sé si todos pueden saber eso, yo sí; y mi corazón mío si, ya lo pienso.

En estos elementos expuestos, en el rico discurso lingüístico de Caralampia, encontramos un conjunto de características que podemos asociar a nuestro constructo teórico psicosocial, en la medida en que se trata de dimensiones humanas, que el individuo utiliza con la función de dar sentido, aunque en este caso de manera fragmentada, para salir al paso frente a los requerimientos del fenómeno mórbido que sin *Darse cuenta* ha construido.

Por otro lado es posible identificar el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, en este testimonio aparece como una ecualización o asociación, que tiene lugar de las eventualidades biológicas con las socio-afectivas. Es posible apreciarlo de la siguiente manera, fragmento 8:

Caralampia: Si yo pue' me vino por ese grande susto, de ahí no ellos no, ni lo quiera Dios, no

Inv: usted qué piensa doña Caralampia, de qué, porqué da, a usted le dio por este grande susto. Porqué otras cosas puede dar la azúcar.

Caralampia: pues quién sabe, ese si no lo sé. Unos me dicen yo verdad que hay muchos que tienen verdad pero tienen por lo que tienen un, una alegría, una alegría que dan sus gente y no hayan ni qué van a hacer que derrepente llega una familia de eso les viene también.

Inv: de una emoción muy fuerte, susto o tristeza o alegría

Caralampia: o un cólico grande también, un coraje que hagan grande, de eso mismo también les da, también esa enfermedad. Eso mismo les viene, también, por eso ya también verdad yo pienso que los que están ya propensos, digo yo de esa enfermedad, ya el cuerpo lo da ya esa enfermedad que ya el que está propenso. Mi esposo caso le dió pue', no le dió; porqué yo me dió pue' y el no le dió.

Inv: cómo es estar propenso.

Caralampia: propenso el cuerpo que rápido entra pue' ese mal

Inv: como estar preparado

Caralampia: si es que ya, ya viene uno pa' esa enfermedad, que con una cosas de nada, un susto grande, porque ese no fue susto chiquito, fue susto grande y de todas maneras verdad, se porqué verdad me dió esa enfermedad también yo verdad. A veces dicen pues que los este... de 'onde viene la azúcar, cómo se llama hijo. el páncre. El páncre está muy, no se cómo es que dicen que el páncre está muy débil, no sé cómo es que dicen por eso luego entra esa enfermedad. Y los que tienen páncre bien resistido, aunque se asusten no les da nada. Si así es dicen.

Inv: doña Caralampia, sus padres alguno de ellos tuvo o tiene azúcar

Caralampia: No

Inv: Ni su papá, ni su mamá

Caralampia: Le digo pue' que nadie tuvieron, ni mis padres ni mis hermanos, nada más yo me vino por ese susto, de eso es que me vino, no me vino porque así nomás pue', si no tenía yo. Estaba yo buena y sana, gorda, todo. Como cualquiera estaba yo de bueno y sano pue', pero si ese caso no viera habido pues pienso yo que talvez aquí estuviera buena y sana todavía

Inv: usted cree que así como usted le dio se lo vaya a pasar a su hijo

Caralampia: No, no, por eso le digo pue' que el que está propenso el que no 'ta bien. Ta bien sus páncre no les da nada. Así lo dicen pue' muchas dicen, ahh que dicen que es muy pegadizo que si duerme usted con su marido su marido le va uste' a dar, 'ta bueno es de Diosito ya, ay que lo vea Diosito, porque cuando está uno débil y hasta el páncre de ahí proviene ese mal también, si el páncre está débil pues de plano le va a dar, pero si él está bueno su páncre está resistido no le puede dar, aunque duerma uno junto.

Este último fragmento nos permite adentrarnos en la dinámica de esta cualidad psicosocial, la cual nos permite notar la interacción que tienen lugar entre la persona –sujeto– y el grupo social al que pertenece –la otredad–; así como la apropiación que de algunos de esos elementos hace. En ese proceso apropiatorio juega un papel importante la experiencia mortal de su hijo, y el rol que tiene socioculturalmente una experiencia como esa; las características de la estrategia metodológica no nos permiten profundizar en el tema, pero si notar que en el proceso se encuentra presente esta cualidad psicosocial activa.

En el contacto interpersonal con Caralampia da la impresión de que experimenta sufrimiento, y que ante ello busca ser optimista, tratando de encontrar argumentos para lograrlo en la tradición religiosa católica, en su fe hacia los remedios herbolarios –que se observan comúnmente en la población– y, principalmente en la convivencia interpersonal y el intercambio oral de experiencias con sus semejantes. En su testimonio se encuentra presente la desesperación de una mujer que en ocasiones encuentra elementos para ser optimista, pero en otras ocasiones no; cuando eso sucede se identifica a una mujer, en sus propias palabras “vencida por sus circunstancias” que al no encontrar más motivo para vivir desea que su vida encuentre una tranquilidad que en vida no experimenta y que aunque la lógica de la tradición católica se la ha prometido, tiene todavía un compromiso pendiente con la vida, su pareja y su hijo (otredad). Ante ello no podemos dejar de relacionar esa expectativa con la muerte de su hijo hace 20 años, experiencia que al parecer marcó irreversiblemente su existencia al grado de reestructurar ésta con la presencia mórbida a manera de recordatorio de que es necesario atenderse a sí misma mientras se tenga vida. Algunos elementos parecen apuntar a que Caralampia concibe su propia muerte como oportunidad de estar una vez más con una extensión de sí, su propio hijo, actualmente muerto. Se observa en ella una fuerte y constante tensión entre la exigencia de *Control* y su convicción de no incorporar en su vida la artificialidad del fármaco, al que no hace más que *Tragar*.

5.1.3 Manuel

Las entrevistas se llevaron a cabo en su domicilio particular en un horario matutino y en tres días consecutivos. Este participante es usuario del hospital “Venustiano Carranza”; principalmente en situaciones de urgencia, es en esa situación donde pudimos conocerlo durante nuestro periodo laboral –previo a la investigación–. Es una persona derechohabiente del ISSTE, ISTECH y del IMSS, servicios a los que tiene acceso por derecho de filiación laboral de sus hijos.

Algunas particularidades que resulta importante mencionar, son que Manuel tiene un hijo que ejerce la profesión de médico y otro que es químico farmacobiólogo, quienes ejercen sobre él cierta influencia sobre sus opinión respecto de la enfermedad.

Se trata de un hombre de 67 años de edad, quién vive con diabetes desde hace 27. Casado convive con su única pareja; con estudios de escuela primaria inconclusos –3er grado–; dedicó su vida a la carpintería, oficio que ya no ejerce por su edad y por las condiciones de su salud. Se expresa sin el uso de términos tecnicados, salvo pequeñas excepciones –del que alguna vez fuera su oficio–. Su domicilio se encuentra en el barrio Señor del Pozo el cual es propiedad privada.

A pesar de ello su discurso es también muy rico en elementos, probablemente por el largo tiempo que ha vivido con diabetes. Su expresión se manifiesta de manera diferente al del resto de los participantes. Es posible vincular esa particularidad al hecho de que Manuel tiene conocimiento que su estado de salud lo acerca a la necesidad de una intervención de tipo renal –por insuficiencia renal, producto de la diabetes–; ello tarde o temprano lo llevará a requerir del procedimiento nefrológico denominado diálisis peritoneal, respecto del cual manifiesta negativa rotunda a dejarse intervenir. En su testimonio se puede identificar con cierta claridad una especie de precipitación²⁰⁰, un conjunto amplio de elementos que intervienen en su reflexión existencial actual; ello se observa inicialmente en la gran extensión de sus respuestas. A su vez, eso permite dilucidar una especie de rango extenso de significaciones, que dan inicio por los aspectos críticos de la vivencia; las cuales un paciente con pocos años de vida con diabetes, no alcanzaría a apalabrar, o no con la riqueza que aquí se observa.

²⁰⁰ Entendemos precipitación como una depuración de elementos esenciales; normalmente para encontrar esa calidad de elementos discursivos es necesario extender la duración de las entrevistas, pero en este participante se encuentran presentes con gran claridad en pocas sesiones (3). La presencia de esos elementos están perfectamente manifiestos en una imbricación que incorpora temporalmente pasado y presente, la discriminación entre sufrimiento y alegría, como transcurso temerario de la vida a la muerte.

Nuestras notas de campo permiten recuperar una imagen de Manuel como un individuo de estatura baja y complexión regular, se observa “cachetón” y “panzón” como su pareja se expresa de él; se observaba a una persona con educación tradicional y una fuerte resistencia a modificar sus prácticas originarias por otras contemporáneas, entre ellas la alimentación, su gusto por la música, por la madera por sobre el plástico y el metal, y al Partido Revolucionario Institucional. Durante nuestros encuentros con él pudimos observar que se muestra ante la gran mayoría de conocidos como una persona fuerte e invencible; mientras que solo en la intimidad del diálogo personal se mostró como un hombre con debilidades y quebranto, mientras se mantiene como ferviente e incuestionable devoto de lo milagroso del Señor del Pozo.

El testimonio de Manuel muestra con claridad el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, es posible escuchar en su discurso la presencia de los significantes que orientan el actuar vital, y la racionalización del significante muerte; éste se muestra sutil y gradualmente en el testimonio, sus palabras se enuncian en diferentes momentos desde diferentes posiciones. En su enunciación la primera persona está presente pero en plural, aparece con gran frecuencia en el término “digamos”, el cual se puede identificar a lo todo lo largo de las entrevistas. También está involucrado en esta peculiar manera de manifestar su realidad el *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*.

Utiliza la primera persona del singular para comenzar la primera entrevista de un total de tres (fragmento 1):

Inv: ¿Cuál es su nombre?

Manuel: Mi nombre es Manuel [...]

Inv: Manuel, vamos a llamarle Manuel en esta entrevista. Manuel usted tiene diabetes

Manuel: Soy diabético desde hace 27 años

Inv: 27 años. Y qué sabe usted sobre la diabetes, qué es la diabetes

Manuel: pues la diabetes es una enfermedad que según no tiene cura. *Sabemos* que hay hiervas que según algunos otros compañeros diabéticos que han, este... tomado las hiervas que han dicho esto, que con eso sanan, pero considero yo que no eso es mentira, es mentira. Yo al menos tomé muchas hiervas por los cuales me fue matando otros órganos porque en lugar de que me curara fui perdiendo algunos órganos digamos se puede decir quitando, me fue... me fui poniendo más mal que bien. Llegué con el médico y el médico me dijo, por ejemplo ya usted deje las hiervas y este va a estar con su medicina, que su medicina que esté constante, puntual con su dieta; haga ejercicio, pero yo la verdad ¡no me ha gustado hacer ejercicio!

Inv: es decir que la diabetes quiere ejercicio para...

Manuel: *Según me dijeron* con el ejercicio mi glucosa iba a estar normal estoy el otro. Pero desde hace aproximadamente unos diez, ocho años empecé a perder la sensibilidad de los, en los pies; y no siento nada que suponga que digamos me puedo trozar, me puedo apuyar con algo y no lo siento. Entonces al caminar me hacen ampollas en los pies por más protegido que vaya me hacen ampollas y ahí ha estado siempre el peligro de que me, que se infecta, que tratan digamos de volarme un dedo, un pie y todo, por eso me evito digamos, hacer siempre las caminatas largas. Y por lo demás horita me ando aplicando la insulina, según dicen que es rápida no?, unos médicos me dicen que es la insulina rápida, otros me dicen que es la que es más pausada, de todos modos yo me tengo que aplicarme 50 unidades de insulina para que yo esté, este... bien en las 24 horas.

Inv: 50 unidades en un día.

Manuel: porque me aplicaba yo 40 temprano y 15 en la tarde, eran 50, casi 55 unidades. Pero el doctor me dijo no 50 unidades se va usted a aplicar en una sola postura, solo los 50 unidades he estado respetando. Pero en todo el trayecto de los 27 años de ser diabético ya me hicieron los rayos laser, ¿si?, ya este... caí en un estado de coma diabético, ya me dio un derrame cerebral, me dieron dos preinfartos y por lo consiguiente Dios no ha querido recogerme que ahí estoy viviendo todavía; sigo dando lata. Pero más que nada *digamos* en la experiencia que yo he tenido de la, de la diabetes es, yo sé que es un mal curas... una enfermedad que no es curable, es pura entretención, porque ahora este... también ya estoy sufriendo del riñón y son los síntomas digamos ya por ejemplo ya tengo; lo tienen programado como una predialis, predialis y que eso me ando cuidando con cierta medicina que me dio el especialista del riñón, para que no siga avanzando el mal que esté siquiera a ese nivel, pero que no pase más, que esté así. Siquiera así no hay, no hay porqué hacer la dialis, pero si en el día, en el dado caso ya mis órganos digamos ya se van deteriorando más pues entonces va a ser necesario la dialis, de eso yo estoy superconsciente de... de que eso va a suceder tarde o temprano, eso va a suceder.

Inv: La necesidad de la diálisis

Manuel: No *tenemos* otra cosa más que esperar. Esperar, esperar

Es importante observar el primer cambio, éste tiene lugar en la penúltima respuesta del participante en el fragmento que acabamos de exponer, además en la última línea se substituye el singular por el plural. Conforme la charla comienza a extenderse y la charla se ve envuelta en la dimensión del dolor y sufrimiento, comienza también a notarse en la expresión en primera persona pero del plural. En ese simple cambio de un término, podemos encontrar la presencia de aquellos a quienes en otro momento ha referido como otros diabéticos, médicos y de manera especial a sus propios hijos de quienes recibe sugerencias para su tratamiento; éstos participan en su curso vital y ejercen influencia sobre éste, al grado que da testimonio de su presencia cuando habla de su experiencia con el fenómeno *Diabetes Mellitus*. La presencia de este fenómeno, incluido en ello el conocimiento de sus síntomas, anécdotas y peligrosidad, sirven al sujeto para entender, en el lenguaje formal, congruente y hasta científico, la existencia que a él mismo ha

acompañado, pero que no coincide en el tiempo actual con lo que sucede, no coincide con los términos de una enfermedad. Es posible identificar en estos movimientos el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, que evidencia un flujo de elementos significantes que se trasladan de un sujeto al otro en su grupo social, al grado que para explicar lo que en él sucede, recurre a lo que los otros opinan o practican.

Siguiendo las cursivas en el fragmento podemos percatarnos como comienza a notarse una especie de pérdida de luminosidad en el dominio de lo que está expresándose; lo que se pierde gradualmente no son las palabras ni el conocimiento de éstas, sino el saber sobre las dimensiones a las que éstas aluden, y por lo tanto se desconoce congruencia alguna y se recurre al abandono de la individualidad –Yo– y al apego a la expresión apoyada por la presencia representativa del grupo social –Otro–, *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*, está en completo funcionamiento ahí. Al grado que al percatarse de la dimensión oscura a la que su mismo lenguaje lo está llevando comienza a tornarse en plural –comienza a hacer evidente el origen de los elementos en su lenguaje–, ello sucede en ocasiones en sus propias palabras, y en otro momento en las del médico, al que se hace alusión para apalabrar en sus términos la realidad que Manuel vive. En esos cambios de vía enunciativa, por momentos, el sujeto consciente comienza a desaparecer, por ello los cambios que van de la individualidad a la comunidad; con ello el sujeto del inconsciente comienza a observarse, en su articulación testimonial se involucran los diversos orígenes de su existencia. Por un lado están sus propias acciones y decisiones, por otro la influencia, que en éstas, han tenido quienes le han rodeado a lo largo de su vida, incluso con la ausencia de una persona, su madre –de quién haremos alusión precisa en el fragmento 4–. Las posiciones que están en juego o en movimiento en ese discurso son la individualidad y la otredad. Con el siguiente fragmento (2), reafirmamos esta última reflexión y nos adentramos a la siguiente:

Inv: Ningún diabético lleva lo que el médico le recomienda

Manuel: No lo llevan

Inv: Eso me llama la atención, eso que acaba de decir. ¿Qué cree usted, no se puede, nadie quiere, es muy difícil?

Manuel: más que nada porque nadie quiere. Porque si *quisiéramos* respetáramos lo que el médico dice, *hiciéramos* lo que el médico dice. No nos desmandáramos en comer cosas de que el médico lo está recomendando que no lo *hagamos*. Yo fui con el especialista en riñón, y el

especialista me dijo, señor tenga usted estos papeles, lo que usted puede comer y lo que no puede usted comer,

Inv: o sea se lo dieron por escrito

Manuel: por escrito, va a usted comer en las veinti.. en las 12 horas desayuno, comida y cena; 48 proteínas, no debe usted de pasar sus 48 proteínas, aquí en este, en este papel está escrito cuántas proteínas tiene, contiene cada alimento. Entonces divide usted cuantas proteínas va a comer temprano, cuantas en la tarde y cuantas en la noche. Y si en la noche no va usted a comer repártalo usted en sus dos comidas. Por ejemplo, la tortilla, tiene dos proteínas, se come usted dos, tres que son seis proteínas. Un blanquillo tiene seis proteínas, seis y seis son 12 ya se está usted echando casi

Inv: o sea le dieron una especie como de conteo de proteínas que

Manuel: lo que tiene cada alimento entonces debo dividir las proteínas que voy a comer en el día en el desayuno, y en la comida.

Inv: o sea ahí es ya una especie como de..., ya entra la matemática en, en la vida diaria

Manuel: entra la matemática en lo que voy a comer, ya no soy libre de comer lo que yo quiera. Ya debo contar mis proteínas

Inv: y antes de que fuera diabético alguna vez utilizó la matemática para su

Manuel: No! me seguía si era bueno y si me gustaba pedía yo más. Ahora ya no, dos tortillas, tres tortillas doradas, pum; ahí está, poquitío de frijol que contiene cuatro proteínas. El frijol y seis, son 10, y seis ya son 18, ya son 16, ¿si?

Inv: si

Manuel: Para 20 en el vaso de café ya hago los 20 me sobran *digamos*, 20 como casi 28 proteínas para que yo pueda comer una comida. Vuelvo a dividir lo que me van a dar lo que contiene cada proteína, porqué, porque ya mi riñón ya no quiere tanta proteína, quiere menudito.

Inv: ¿será su riñón o será el médico?

Manuel: qué te puedo decir si es su táctica del médico para que tú guardes un poco la dieta o lo que quieras hacer.

Inv: Manuel todas esas cosas que empiezan a meterse en su vida a través de las recomendaciones del médico, es decir ya tiene que cuidarse, ya tiene que hacer dieta, ya tiene que no desmandarse, todas esas cosas que antes cuando no había azúcar no estaban, cómo hacen sentir a la persona cuando llega. Es decir por un lado llega el mal, que se siente en su cuerpo, por otro lado llega todas esas cosas del médico, recomendaciones, prohibiciones, cómo hacen sentir estas dos cosas, tanto el mal como el médico y sus palabras a la persona que tiene...

Manuel: que tiene la. Bueno la cuestión *digamos*, pues yo me sentí verdaderamente mal cuando el médico empezó a decirme pues, a darme las recomendaciones pero según él *digamos* es porque quiere *digamos* el bien para la salud del paciente. Está diciendo eso porque quiere ver

digamos si sus resultados este.. florecen. Verdad, si los resultados florecen para que las siguientes citas que saque su análisis y todo, ah no mis recomendaciones van bien, lo va haciendo va mejorando según *digamos* pues. Pero el paciente cómo lo toma, esa advertencia, esa recomendación pues a veces *digamos* que lo toma mal, ese doctor ya me está prohibiendo que yo tome, que yo esto y que yo lo otro, lo que más me gusta. Entonces ya entra el capricho, entra ya el capricho del paciente y no respetar *digamos* sus recomendaciones del médico.

Inv: o sea en algún momento puede llegar a vérselo como una especie de enemigo del paciente el médico por tanta cosa que prohíbe.

Manuel: por lo regular casi así se considera pues, es un enemigo *digamos* este de, aunque uno se esté uno mintiendo en sí mismo es que es un enemigo *digamos* porque te va a estar prohibiendo esas cosas, más que no está prohibiendo, está “alvirtiendo” ahh ja. Dos cosas, dos palabras muy diferentes, “alvertir”, qué es el mal que se puede hac... tener más adelante, al no llevar a cabo lo que está recomendando el médico, y uno de capricho decir por ejemplo no, porque me está diciendo esto, porqué me va a estar prohibiendo esto. Pero ya es un capricho de uno, ya es cómo te dijera, ser muy macho, creerse ser muy macho, ehh no le voy a hacer caso al doctor, porqué si mi vida, voy a seguir mi vida y ya. Pero no es así, a través del tiempo como va el tiempo de tener el mal, de la diabetis, va uno reconociendo, ¿si? lo que verdaderamente está diciendo el doctor y ya lo va uno reconociendo que sus cosas que decía el doctor si eran ciertas, ¿si? ¿por qué no lo llevé cuando él me estuvo diciendo?, ya viene el arrepentimiento de uno mismo. Llega ese momento de arrepentimiento por qué no le obedecí al doctor cuando me lo estaba diciendo desde los principios. Posiblemente ahorita no sufriera yo ni del riñón, ni sufriera de esto ni del otro. Pero esa cosa ya no tiene remedio.

Inv: Cuando se hace esa pregunta que acaba usted de decirla, porqué no le hice caso a lo que me dijo, cuál es la respuesta a esa pregunta, ¿por qué no le hice caso?

Manuel: digo pues si no le hice caso, por crearme que soy muy macho y me vale *digamos* lo que el médico diga, mi enfermedad es mi enfermedad, mi azúcar es mi azúcar, ya que yo voy a que si me va a llevar la fregada soy yo, no él. Son cosas que va uno pensando, si, en cuando empieza *digamos* haz de cuenta *digamos* cuando el árbol empieza a crecer, cuando da sus frutos, ya es cuando el mal está ya avanzado, ya cuando el fruto ya está marchitado. Si. Ya es porque uno ya está uno marchitado, ya llevó uno tantos golpes, y es cuando viene los arrepentimientos, porqué no le hice caso al doctor, cuando empecé, cuando el me sugirió guardar toda esas cosas; posiblemente si viera yo respetado lo que el doctor me dijo desde los inicios yo no estuviera sufriendo *digamos* del riñón, ya no me vieran hecho *digamos* todos los rayos laser, ya no me vieran operado de tal cosa, ya no viera, ya no me viera dado ese preinfarto, ese derrame y todo. Posiblemente no me lo hubiera dado, pero si hubiera yo respetado, lo que el médico me dijo desde los inicios, ¿si?. Entonces ahora si se da uno cuenta cuando el fruto ya está bien avanzado,

Inv: ya que el árbol creció

Manuel: ya que el árbol ya creció ya no se, no se va ni pa’ acá, ni pa’ allá. Ya nos espera, nos espera la muerte, nos espera la dialis’, no sabemos lo que atrás viene, pero es lo que esperamos ya porqué por no llevar a cabo lo que el médico nos dijo antes. Usted me acuerdo que una vez cuando fui y quedé ciego y todo, dice yo me llevaba muy bien con el doctor y me dice, Manolo, dice, ya tienes diabetis, por eso te pongo tus cinco cartas, qué debes de hacer, qué no debes de hacer, qué debes; pero a mí siempre tenía más hermanas que era yo diabético y todo. Y quedé bueno, quedé bien, ah, vénganos tu reino *digamos*, ahh que venga la comida que sea, qué

respetamos digamos, yo dilaté muchos años, cantidad de años todavía, desmandándome y respetando lo que él me había dicho, precisamente por eso te digo que es la cuestión que te estás sembrando una matita le echas un poquito de agua, pero le seguís echando agua. Pero la recomendación *digamos* de aquel que siembra esa planta es estarle echando su agüita, su agüita, su agüita para que venga creciendo, lo mismo dice el médico. Te está recomendando tantas cosas, cada que vas a la consulta, cada que vas a los analisis, te recomiendan tales y tales y tales cosas. No se desmande usted, este no, pero uno es uno muy caprichudo y lo primero que se empieza a desarrollar *digamos* en la diabetis son las bilis

Inv: las bilis, cómo es eso

Manuel: que con cualquier cosa te enojas, con cualquier cosa no te gusta, cualquier cosa así. Ahí hay otra etapa, de aprender, aprender para evitar esas cosas.

Inv: mmm ju. o.k.

Manuel: Yo ahorita con estos 27 años de ser diabético me he estado midiendo *digamos* de no hacer tantos corajes de no, de no este... contradecir *digamos* tamos pero apaciguando

Inv: ¿Lo logra?

Manuel: Pues... me tengo que controlar, me dicen, me sacan unos estudios, no sus nervios los tiene usted internos, no lo va usted a demostrar *digamos* pero en el momento *digamos* que esos nervios estallen, es que va a estallar de una vez, le recomiendo tome usted complejo B, ahí está su complejo B, pa que lo esté tomando, para evitar *digamos* que sus nervios estallen. Son otras recomendaciones pues que, el médico hace.

Inv: O sea esto que me está platicando es otras de las cosas que, que también le dan algunos más algunos menos, algunos otros como síntomas

Manuel: como síntomas *digamos* de alteración, al menos en otros, en otros compañeros diabéticos eso es lo que les ha sucedido pues. Que a veces *digamos* ellos no se saben controlar. Por eso te digo pues que en las tres etapas que hay de la diabetis, es *digamos* cuál la morena, la blanca y la extra, jaja.

En el apalabramiento constante “*digamos*²⁰¹” de este participante es posible dimensionar la inclusión de los elementos que participan en su vivencia de diabetes. Entre estos se encuentra, la figura del médico –dentro de los cuales se encuentra su hijo–, razón por la cual se expresa con cierto respeto y distancia respecto de su salud. Es posible encontrar también la alusión a otras personas diabéticas con quienes comparte evidentes vínculos vivenciales –también mencionados en el fragmento 1–. El machismo al que alude el sujeto que lleva al paciente diabético a pasar por alto las indicaciones médicas, es muestra del *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*

²⁰¹ Desde una óptica cuantitativa y gramatical estamos acudiendo al encuentro de una persona que carece de recursos educativos y recurre a una muletilla; mientras que desde la óptica psicosocial acudimos al encuentro de un sujeto que en su testimonio permite que observemos la tensión o dialéctica entre la individualidad y la comunidad, va del sujeto consciente al sujeto del inconsciente. Del yo al otro. A su vez este aspecto nombra una de las cinco cualidades psicosociales.

adquirido en la interacción con las prácticas sociales en boga –diferenciales entre ser hombre y ser mujer–, así como de un *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico* que trae como consecuencia un conocimiento de lo que sucede, pero sin una verdadera asimilación de las consecuencias por efecto de una actualización preexistente –a profundizarse en el fragmento 4–.

Curiosamente surge en su testimonio, una metáfora para ejemplificar la transversalidad del tiempo en su propia existencia, y el avance irreversible de ese tiempo; utiliza como ejemplo metafórico el de un árbol en cuyo crecimiento se presentan también sus frutos, que para sí pueden ser sus propios hijos, y a su vez en una línea ascendente sí mismo, frente a la figura paterna. No podemos evitar asociar el ejemplo que el participante eligió, para representarse a sí mismo, con el origen vegetal natural; un origen que hace referencia a los árboles de la cual proviene la madera con la cual trabajó por tantos años, y a su vez a la tierra de la que se nutren esas plantas, se encuentra ahí una comunicación *Recíproca con la otredad*.

El mismo ejemplo metafórico del árbol, es útil para discriminar en sus palabras, la sensibilización socio-emotiva que tiene lugar a consecuencia del *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, a la que su existencia fue sometida tanto antes como después de haber adquirido el fenómeno mórbido, pero que cobra vital importancia después de haberlo hecho; el testimonio deja ver que la vida era de una manera previamente a la diabetes, y pasó a ser de otra después de ésta. Es posible discriminar la manera en que, de acuerdo a su vivencia, el fenómeno mórbido aparece, y gradualmente va actualizando la existencia; va modificando, no solo las percepciones, sino también los entornos en que se desenvuelve el individuo, actualizando fenomenológicamente el campo médico. En el momento en que refiere darse cuenta, que su actuar contrario a las indicaciones del médico, que en ese momento lo acercan mórbidamente a la insuficiencia renal grave, alude con resignación a la cercanía de la muerte y a la necesidad de la diálisis; con ello acepta que equivocó su decisión, y no culpa al médico sino a su propio actuar.

Esa actualización es consecuencia de algo tan común, como el intercambio biunívoco de elementos psicosociales con sus semejantes, en el entorno comunitario en que se desenvuelve, es decir que el *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*, está presente. Cada que recurre a la palabra *digamos* o a la dimensión plural a la que ésta alude, a diferencia de la primera persona, está aludiendo a la dimensión sociocultural en la que encuentran sentido sus palabras, en la medida en que, de esta dimensión, es de donde provienen, y donde cobran sentido, más que como una muletilla gramatical, como una verdad psicosocial manifiesta en la palabra.

Damos paso al extenso fragmento 3, para aclarar y extender la observancia el hallazgo, sin interrumpirla haremos una intervención en el medio para introducir algunos datos provenientes de nuestras notas de campo que servirán para aclarar y sustentar el entendimiento del análisis:

Inv: si, si. Esto que le estaba diciendo que me recuerda lo que dijimos ayer, también me remite a otro aspecto hablado ayer y es lo que yo le preguntaba sobre ¿usted qué piensa sobre porqué da una enfermedad como la diabetes o la azúcar? Ya decía a raíz de un cólico.

Manuel: A raíz de un cólico se puede decir que la glucosa sube, el nivel del azúcar sube demasiado, ¿si? y si tienes alguna, aunque sea un piquete de insecto, cualquier insecto que sea que pique, hay motivos digamos porque la glucosa está alta, eh... que haya infección. El organismo no... funciona como es debido digamos como cualquier paciente, un paciente que no sea diabético, le puede picar lo que sea ¿no?, su sangre lo, su circulación lo disminuye, verdad. Pero un diabético que está alta su glucosa, en lugar digamos de que lo primero que hace es infectarse. Porque creo no tiene la... los suficientes, cómo le dijéramos no tengo palabras para poderle explicar, porqué se infecta, ¿si?, una razón lógica de porqué se infecta

Inv: Si

Manuel: Cuando la diabetes o la azúcar está alta

Inv: o sea el que la azúcar suba cuando la persona es diabética lo hace más propenso a infecciones

Manuel: más propenso pues. Ese es una, a veces de... me he puesto yo a analizarlo en verlo en hacerme preguntas en mí mismo, ¿si?, qué es esa sustancia del azúcar que en lugar de mejorar las cosas lo mata, lo va matando pues porque

Inv: en lugar de dar vida lo va quitando

Manuel lo va matando, lo va acabando a uno

Inv: y qué de esas veces que se ha puesto a analizar qué ha pensado, que ha concluido en sus pensamientos

Manuel: pues, cómo te diré digamos, creo que *a través de ya la de ciertas experiencias que he llevado en mi vida de diabético*

Inv: mmm ju

Manuel: pues me hace este... por ejemplo pensar esas cosas de dudar de algunas cosas, de hacerme preguntas y quisiera digamos, hablarle digamos a los grandes científicos químicos, ¿si? que hacen la medicina porqué no han encontrado una cura para el diabético, ¿si?. Eso a veces me hago la pregunta, cuando han encontrado algunas soluciones de otras enfermedades, y que uno no pueda encontrar digamos esa medicina que le diga por ejemplo, esta es una tu vacuna que con esta vacuna se te va a ir la diabetes, he escuchado con algunas personas que he platicado y todo, vas a ver que la vacuna hay, ya para curarte la diabetes, cuánto cuesta, cuesta un dineral, posibilidades no lo tienen, por eso dicen digamos que la diabetes, la azúcar es una azúcar cara, para el que lo tiene. Porque estás constantemente digamos si no tienes alguna institución tienes que estar comprando la medicina para poderte controlar. Cuando hay

gobiernos que puedan ellos solucionar ese problema ¿sí?, así como hay vacunas de la influenza, que si esto que si el otro, ¿sí? que también mata, se preocupa el gobierno digamos para estar mandando las vacunas, porqué no el gobierno o las instituciones a quién corresponda hace el esfuerzo digamos de que haiga esa vacuna para aquel diabético que también lo están matando, se está muriendo esa persona.

Inv: Ya, si

Manuel: ese es a veces lo que me hace pensar yo como diabético, como paciente que lo estoy sufriendo digamos este, en carne viva todo lo que me está pasando. Me hago esas preguntas, me hago algunas preguntas, a algunos que conocen más, eso decimos hay una cura, dónde está esa cura. Que la diabetes tiene cura, correcto pero donde está, posiblemente los grandes que tienen mucho capital, puedan pagar, comprar esa vacuna, pero uno como es pobre se muere el paciente.

Inv: ya, ahora, Manuel me gustaría que hablara un poco sobre la diferencia lo que es la vida de un ser humano antes de tener el azúcar y cómo es la vida del ser humano después de tener el azúcar, ¿cambia la vida?

Manuel: Rotundamente hay un cambio entre el ser bueno y ser malo. El ser bueno puedes hacer tienes las fortalezas, tienes tus órganos, tienes todo para poder trabajar, poder hacer lo que quieras, porqué porque estás bueno y sano, todas tus defensas están completas, no hay una defensa que le haga falta. Y al estar enfermo ya es otro cambio que debe haber digamos que ya tus defensas se van acabando, ya no tienes el mismo ánimo de trabajar como trabajabas antes cuando estabas bueno, ya trabajas ya más pausado, ya cansado, aburrido, tus nervios se te alteran, ¿sí? y todo ese es el cambio el que, digamos el que ya está con la diabetes, ese es el cambio. Que ya no actúa igual como cuando estaba joven, cuando estaba sin ese mal.

Inv: Manuel usted cree que ese cambio venga como consecuencia de lo que la diabetes hace en sus órganos o es la idea de que el ser humano como ya no hay cura y como mucha gente muere muy mal con la azúcar, se viene abajo su estado de ánimo, o es la enfermedad la que se mete en sus órganos

Manuel: yo considero que es la misma enfermedad, es la misma enfermedad que se mete en los órganos, es como si fuera un virus que te va acabando, te va acabando, si, los órganos más débiles. Lo que más ataca, ¿sí?. Cuáles son, la vista, el primero que ataca la vista; el riñón, te empieza a acabar el riñón; te empieza a acabar otros órganos más entonces digamos es como un consideramos que es como un virus que va comiendo, va comiendo, va comiendo hasta que por fin te acaba.

Inv: pero ese virus no es un bicho, sino es el azúcar

Manuel: no es un bicho, pero hacemos de cuenta pues que es la misma azúcar, que la azúcar es un virus

Inv: como si estuviera viviente,

Manuel: como si estuviera viviendo, como si estuviera comiendo ahí adentro

Inv: si, si

Manuel: y ese es el cambio que supuestamente sentimos nosotros los diabéticos, que ya no podemos actuar igual como estamos actuando cuando no teníamos ese mal

Inv: ¿no se puede?

Manuel: a mí cuando yo no tenía ese mal supuestamente hace 27 años, tenía la fortaleza tenía todo de poder trabajar como, como de verdad, como lo requería mis órganos, lo requería mi cuerpo, ¿si?, pero desde que empecé con la diabetes se me fue acabando todo esa, ese ánimo, no es que mi mente me diga, por ejemplo ah porque tengo este mal ya mi mente me está mandando que yo no lo haga, es que todo se siente materialmente se va sintiendo el agotamiento, se va sintiendo digamos que ya no es igual

Inv: este, ese decaimiento viene de golpe o viene poco a poco

Manuel: poco a poco, el decaimiento te va viniendo poco a poco, a través de los años se va viendo más decaído, más decaído, más decaído. Como te digo pues derrepente digamos qué es lo que hace cuando la glucosa está alta te da mucho sueño mucho cansancio mucho esto, porqué porque está alta la glucosa, ¿si?, qué es lo que viene desarrollando por ejemplo en un ser más, digamos en uno que es diabético que viene sucediendo ¿si?, yo creo que le sucede más consecutivo, un diabético que un bueno en qué, en que más rápido le sube el colesterol, más rápido le sube, en serio más rápido le sube la presión, ¿si?, que uno que está bueno y sano, que no tiene la diabetes. Esas son cosas digamos que uno lo va viviendo a través del tiempo.

Inv: ahí es donde debilita el cuerpo

Manuel: lo va debilitando

Inv: y todo lo demás sube

Manuel: Es lo que nosotros nos podemos a pensar

Inv: Manuel ¿ese decaimiento que va poco a poco quitando la fuerza, la gana de vivir, alguna vez llega a abrumar a la persona a deprimirla a ponerla triste?

Manuel: Por ejemplo ya viene la depresión, y la depresión es otro mal digamos que lo viene provocando por ejemplo la misma diabetes. Porqué qué te quita la gana de salir, de más, este si te miran demasiado flaco lo primero lo que uno se pone a pensar que ya no va uno a estar igual que cuando está uno bueno, que va a salir a pasear. Hacer sus, vivir la vida, normalmente.

Inv: ahh ja.

Manuel: y un diabético no, un diabético si sale se me antoja algo pues no lo puedo comer, porqué porque estás pensando que se te va a subir la glucosa. Que va a salir de todos modos ya la, las mismas energías que tenía uno antes ya no lo tiene uno pues en, está con el temor de que podas caer, que podas..., de que te puedes atarantar, porqué razón, porque si haces mucho esfuerzo cuando está alto tu colesterol, tu “tiglicerido” pues te da mareo y el estar caminando pues hace uno el esfuerzo de caminar y puede venir un mareo y caer. Eso es lo que sucede a través de, del, los trascursos de un diabético

En este punto de este extenso fragmento abriremos una intervención para comentar algunas observaciones hechas durante nuestra estancia en la localidad y en la convivencia con el círculo

inmediato de este informante, a quién tuvimos oportunidad de conocer de cerca y compartir con él su hogar y su mesa. En una ocasión ya entrada la noche durante una celebración navideña, la charla condujo al tema de la vida con *Diabetes mellitus*, siguiendo el curso del tema nosotros expresamos que Manuel había visto pasar la vida durante el año 2013, y mientras cerca de cinco familiares cercanos habían fallecido en lo que iba del año, él estaba ahí, vivo, alegre y viendo pasar una navidad más, mientras bebía unas copas, a pesar de lo que para muchos –los fallecidos– había significado el fin de la existencia. En ese momento intervino Claudia la hija mayor de Manuel, ella siguiendo el curso de la charla, trajo a colación lo que había observado en la actitud de su propio hermano Roberto –quién es médico, no bebe y se molesta de ver a su padre (nuestro informante) beber– y expresó “yo creo que la vida debe vivirse con alegría y debemos darle a las personas que queremos, todo lo que está a nuestro alcance, porque una vez que ya no estén con nosotros no podremos darles nada”, refirió diferenciando su actitud de la de su hermano, para seguir comentando: “no vaya a ser como Roberto, que como es médico todos los días se levanta a chequearse si no amaneció ya con azúcar –diabetes–, toma su café sin azúcar y sin sabor, y cada que viene a ver a mi papá está solo un rato con él y lo regaña porque lo ve comiendo lo que no debe, en lugar de convivir felizmente con él, mientras lo tiene con vida”; ante esa expresión otra de las hijas de Manuel, afirmó que en consonancia con la opinión de su hermana preferían disfrutar de ver feliz a su padre, en lugar de vivir regañándolo por la manera en que vive, es decir en desapego a las indicaciones médicas. Esa observación y escucha al interior del grupo familiar de este informante, abrió la posibilidad de entender con mayor profundidad lo que es vivir con un fenómeno mórbido como el que aquí nos ocupa, para alguien que se rodea de un círculo de seres queridos, quienes tienen una opinión de tanto peso e influencia como un hijo; no debemos olvidar que Manuel tiene un hijo de profesión médico y otro de profesión químicofarmacobiólogo, con éste último vive un conflicto de más de dos años por diferencias personales al grado de no dirigirse la palabra. Todo ello nos conduce a identificar que, detalles como los que acabamos de mostrar, funcionan como estresores de la vida cotidiana de este informante, lo cual podría fácilmente explicar la gran tensión, que el hombre manifiesta en su deber de cuidar su salud por influencia de sus propios hijos –de quienes tan orgulloso está–, y la demanda interna pulsional, que le exige vivir la vida, con las necesarias dosis de placer cotidiano, como las que se le presentan en los festejos anuales de la localidad. Daremos paso entonces a retomar este fragmento para continuar su análisis:

Inv: o sea comienza a haber cada vez más temor de vivir normal

Manuel: si, por el riesgo de caerse, de, de como me ha pasado a veces. Yo una vez tuve digamos pues de estaba en el taller y al agacharme, cuando pienso en levantarme es porque ya me estaba llevando la pelona ya

Inv: cómo se mareo o se

Manuel: me maree, me ataranté, cómo se llama, fue cuando me quiso dar el derrame. Gracias a algunos vecinos pues me levantaron y todo. Y eso ya empieza uno a ponerle en la mente que algún temor de que puede suceder esas cosas.

Inv: Manuel usted cree que todos los que les da azúcar les da diabetes les da también esa depresión por lo que se va perdiendo la fuerza.

Manuel: Ayer hablábamos que como decimos de las tres etapas, hoy precisamente temprano estoy platicando con un amigo, y ese amigo tiene un pariente, dice él que su pariente es, tendrá como unos cinco meses que le detectaron la diabetis, en los cinco meses que él lleva por ejemplo ya está en las últimas, está en las últimas de que ya está encamado, ya no se levanta, ya lo bajaron a la clínica, lo trataron.

Inv: está muy grave.

Manuel: está supergrave y tiene cinco meses que le detectaron la azúcar. Ahora por eso digo, me vuelvo a hacer la misma pregunta que me he hecho siempre. En ese caso dónde podremos encontrar la cura. Tiene cinco meses, mucho más joven que yo y ya se está muriendo, ya supuestamente lo andan velando porque en cualquier momento puede.

Inv: dejar de vivir.

Manuel: por el azúcar, ahora me vuelvo a hacer otra pregunta. ¿Será que su mismo organismo, o sus mismos pensamientos que tenga, si tiene uso de razón o si ya se le jue el uso de razón, ya perdió toda sensibilidad digamos de, de pensar de decir no, ya me está llevando la fregado entonces ya no lo piensa?, eso cómo puedo decir si la diabetis le acabó los, los órganos más rápido verdad, esa es una pregunta que yo me hago, porqué si tiene cinco meses que ya se está muriendo, no va a llegar a los seis, ni los siete, ni el año, talvez fallezca, qué es lo que lo mató, la azúcar. Que aquella persona que le detectan el cáncer, ahorita el cáncer, hay una cualidad que le empiezan a hacer sus tratamientos y posiblemente se pueda salvar; pero la diabetis no.

Inv: una vez que aparece

Manuel: una vez que aparece es que ya no, ya no se vá. Yo ya estoy bueno cuando al poco tiempo ya cayeron, ya se fueron porqué por no seguir el tratamiento, dicen ya me siento bien, ya dejo el tratamiento

Inv: la diabetes entonces en esa lógica que estamos diciendo, hay una persona que con cinco meses ya parece que ya no la

Manuel: ya no va a vivir

Inv: pareciera que mientras haya esa persona con ese poco tiempo que parece que ya va a dejar de vivir, mientras hay personas que 27, 30 años pareciera que el, la diabetes viene a ser una

especie de compañero de la persona, algo que lo va a acompañar el resto de su vida, y hay quienes no se pueden entender

Manuel: el órgano no responde, pienso pues así

Inv: porque digo yo, cómo es posible que haya personas que cuando les da la diabetes aún con remilgos aun con inconformidad pero hacen 27 años con la azúcar. Es decir aprenden a vivir con ella. Y hay otra gente que después de cinco meses no pudo. Es un poco como los seres humanos que hay quienes se casan y hacen 50 años juntos y hay quienes después de seis meses se están divorciando.

Manuel: es idénticamente igual, es idénticamente igual, que sobre un matrimonio. Yo me caso o me puedo casar por conveniencia o me caso porque lo quiero o me caso porque no lo quiero de todos modos cuando vengo a sentir, si dilato los 50 años que bueno o si dilato más de los 50 años que bueno, seguimos viviendo estando juntos; pero al no estar juntos que ese matrimonio se acabó los dos tres meses ya terminó, ya acabó. Eso es lo que le pasa un diabético, creo yo que no resiste el compromiso de tener, de convivir con el mal que tiene uno. Supuestamente los 27 años pues me he conformado ser diabético, ¿sí? ya casi, posiblemente ya me adapté a vivir con la azúcar.

Inv: ya hizo sus bodas de plata con la azúcar

Manuel: ya hice mis bodas de plata con la azúcar, le eché más miel, es decir como dicen la luna de miel

Inv: ahorita acabas de decir usted ya me conformé con la azúcar, es decir que ya lo aceptó que no se puede aceptar con ella porque es parte.

Manuel: es parte pues de que si hemos luchado, sin haber cura, pues qué es lo que nos queda conformarnos, estar viviendo con ella, porque no vamos a decir yo no voy a poder vivir sin azúcar

Inv: claro

Manuel: tengo que convivir con el mal que tengo la azúcar

Inv: cuesta conformarse

Manuel: cuesta, a mí me costó bastante, digamos este... pensar decir digamos este no quería yo consentir de ser diabético

Inv: cómo fue ese proceso para llegar a consentirlo

Manuel: pues en el proceso digamos, por medio de las terapias, por medio de ver, escuchar las palabras sobre quién, sobre un psicólogo, de qué de darnos consejos, de ver digamos que ese mal no va a tener otro remedio, más que llegar a la conformidad, considerarlo digamos como una parte de la familia pues, ser diabético.

Inv: ayer decíamos, recuerdo que muy poca gente acepta al pie de la letra lo que el médico dice, es decir que mucha gente o la gran mayoría de la gente no lo acepta de entrada

Manuel: no, no, se conforma, yo no era una persona que me iba a conformar de tener ese mal. Porqué, porque como te digo pues se van acabando muchos órganos, se van acabando de una vez todas las partes más principales que uno quisiera uno, pero eso no se puede, no se puede por el mal. Y este y ese es lo que dice uno pues, yo quisiera yo digamos ser como antes, pero ya no. Y ahí es donde entra parte de la conformidad, ahí es donde entra parte de la conformidad que tengo que adaptarme a lo que soy, ya no soy igual antes, hora ya estoy viviendo otra vida. Esa es la parte digamos del mal de la diabetis, que tiene uno que aprender a vivir otra vida

Inv: otra vida.

Manuel: si, ya no la vida de antes.

Inv: o sea que mucha gente no lo cree cuando le dan la noticia.

Manuel: no lo quiere considerar así, no lo quiere considerar de que ya tiene ese mal. Él quiere seguir pues quiere seguir así, pero no. Ahí es donde va el médico, ahí es donde van los médicos, yo voy con el internista, yo voy con el, con el médico general, pero como me empezó la azúcar yo no quiero consentir que era yo diabético, no lo quería yo consentir aunque el médico me está recomendando; me está diciendo mira tú ya eres diabético, este no se te va a borrar así nada más, dice por qué, ojalá tuviéramos una cura que con esta medicina vas a sanar, es un tratamiento que llevamos ya de por vida, si vivís...

Inv: ah si.

Manuel: si vas a vivir 15, 20 años, con las recomendaciones que te estoy dando puedes vivir más, pero si tú haces los desmandes que hacías antes cuando no tenías la azúcar, vas a vivir cinco.

Inv: o sea que dicho de otra manera lo que está diciendo es que por ejemplo que aquel que de plano no se conforma nada y sigue con su vida de desmandes, rápido se va.

Manuel: claramente digamos es un desmande digamos que lo estamos buscando nosotros mismos.

Inv: esa persona de la que hablamos hace un ratito que esta joven y en cinco meses está muy grave quiere decir que talvez no hizo ningún cambio no escuchó nada de lo que le dijeron.

Manuel: se desmandó, se desmandó, porque ya casi ya supongo que la mayoría de los médicos en el inicio que captan es diabético creo que le empiezan a decir lo que a mí me dijeron, ve esto y esto y esto es parte de la diabetis, pero hay que consentirlo que ya es usted diabético. Yo lo voy a llevar el tratamiento tal como es. Llévelo usted, pero si yo no hago caso a lo que el médico me dice, busco, digamos, sabemos que la glucosa, cualquier momento sube, al subirse demasiado, vamos a suponer yo me he puesto a pensar que ese amigo que tiene cinco meses en sus desmande que tuvo, talvez le captaron que tenía 300 de glucosa, no le captaron, le dieron su pastillita, talvez no lo tomó, entonces la glucosa empieza a subir 350, 450, 600, 700, 800, ese ya está supuestamente en estado de coma diabético porque ya no le pueden controlar, ni con la insulina le pueden controlar, porqué, porque no le van a meter 100 unidades de insulina para bajarle, cuando ya el páncreas ya no está respondiendo nada. Cuando la insulina es para fortalecer el páncreas, y si el no le responde en lugar de mejoría está empeorando. Así fue por el desmande que tuvo. Considero así.

El participante comienza a testimoniar su opinión sobre la verdadera situación científico-institucional del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, al grado que expresa seguridad sobre la existencia de una cura para la diabetes, pero ante el interés mercantil, permanece oculta a las personas comunes. En esa alusión Manuel está testimoniando su capacidad de observar el enorme peso de los intereses mercantiles, que a través de las ciencias médicas, minimizan el beneficio del sujeto que vivencia el fenómeno mórbido, por un interés mercantil disfrazado de interés en la salud pública.

Casi a la par de este último evento identificado en el testimonio, es posible discernir el encadenamiento que tiene lugar como resultado de la técnica de entrevista a profundidad, además de la incorporación del concepto asociación libre. Observamos –en cursivas– al inicio del fragmento, como de una alusión a la experiencia diabética prolongada, surge la pregunta sobre la diferencia de la vida antes y después de la diabetes; puede observarse como el participante encuentra en esa asociación una especie de canal expresivo que se encontraba rondando pasivamente el diálogo, pero que en su evocación por el entrevistador, el entrevistado se apropia de la temática como algo que era necesario para el desarrollo de su discurso.

De la sencillez con que identificamos en el fragmento 2 la presencia del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad* pasamos a encontrarla con mayor claridad en el último. En el último tercio del fragmento referencial recién expuesto es posible observar el reacomodo de los componentes existenciales humanos por efecto del fenómeno mórbido, que funciona como catalizador de ese reacomodo; a su vez ese proceso tiene una función –por decirlo así–, a largo plazo: la debilitación de los procesos racionales que ocultan la verdad final, y con ello el ingreso del sujeto a la dimensión del *tanatos*, a la que conduce todo proceso actualizadorio fenomenológico. Lo que atestiguamos ahí es una actualización psicosocial que tiene lugar no solo por la vía del fenómeno mórbido, sino también por el avance del tiempo, y los ajustes comportamentales que, la presencia del primero, obliga al sujeto a hacer. Una vez iniciado ese proceso actualizadorio catalizado por el fenómeno mórbido, se aparejan otras manifestaciones propias de la realidad humana contemporánea: los rasgos depresivos –a los que Manuel alude más o menos al inicio de la segunda mitad del fragmento. Éstos han sido erróneamente entendidos por las ciencias biomédicas como entidades mórbidas aisladas, o anexos comportamentales; cuando en realidad son actualizaciones que llegan al sujeto con afecciones crónico degenerativas; como Manuel lo ha dicho, “convivir con el mal”, que podría entenderse de

otra manera como continuar viviendo la misma existencia pero sin una venda en los ojos que traduzca favorablemente la existencia, en su defecto el sujeto se descubre frágil, endeble, en completa sumisión ante la inevitable muerte. Esa presencia con seguridad es manejada de diferente manera por cada individuo, dependiendo de las cualidades psicosociales involucradas, podrán ser manejadas en diferentes rangos de respuesta comportamental, desde estoicismo, valentía, racionalidad o rasgos depresivos como en el caso de este participante.

El siguiente fragmento es el último para este informante, en este es posible distinguir una especie de síntesis de los componentes psicosociales. Aparece una reafirmación de la transversalidad vital, ello a través de la evocación de la edad temprana, marcada inconfundiblemente por la ausencia de su madre; pero también por lo que él mismo denomina una ilusión de que algún día su madre muerta se le presentara. Ello se encuentra en una dimensión psicosocial tanto de *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, como de *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*; el primero en vista de que la madre dadora de vida es objeto de muerte y a su vez de ilusión, elementos que fueron gradualmente actualizando la existencia; por otro lado el segundo tiene que ver con la manera en que Manuel, a la edad en que cursó la infancia, y enfrentando la ausencia de su madre y el desdén del padre, construye por sí mismo una estructura identitaria y axiológica que comprendía desde un tiempo previo a la adquisición del fenómeno mórbido, buena parte de los componentes fenomenológicos. Por otro lado el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático* se hace evidente, en la ausencia de un interactividad sensible a sus necesidades socioafectivas, las cuales generan una marca imborrable en el actuar independiente, una vez que sale del periodo vital infantil. La representatividad del término utilizado por el participante *ilusión*, permite generar un campo contextual, a través del cual pensar en lo que ante la independencia comportamental emancipada optaría por elegir, es decir no solo la presencia del objeto perdido: la madre; sino también todo aquello que esa ausencia hubiera ordenado contextualmente: una vida de libertad, de apertura, de gozos, utilizando los términos previamente apalabrados por él mismo que exponemos a continuación.

Fragmento (4):

Inv: Manuel durante su infancia usted ¿cómo fue su, como fue su vida?

Manuel: ahh sobre mi infancia fue una, cómo te explicara digamos, mi vida fue un una cosa muy **cerrada**, muy trabajada, yo fui una persona que digamos que **no gozó de libertades**, como lo vemos hora en la juventú,

Inv: a eso se refiere con cerrada, una infancia muy cerrada.

Manuel: muy cerrada, muy quitado de las diversiones, ¿sí? porque no nos daba tiempo de eso. Éramos muy pobres,

Inv: hubo pobreza en su infancia Manuel

Manuel: por la pobreza hubo ese distanciamiento de ser un poco liberal, porque la el liberalismo quiere decir que tengo la oportunidad de estar haciendo este de estar haciendo el otro y pues ese sería digamos y ese yo no lo tuve.

Inv: Sus padres a qué se dedicaban sus padres Manuel

Manuel: Mi padre era filarmónico y mi madre yo no la conocí. Yo quedé a penas de seis meses de edad. Me recogió mi abuelita, la mamá de mi papá.

Inv: usted no conoció a su madre. Cuál fue la razón, murió o se distanció

Manuel: Pues a través del tiempo de vida que fui teniendo, ehh me hacía pues preguntas, preguntaba con mis abuelos, ehh de que mi madre de qué había muerto, mi padre nunca me lo quiso decir, de qué había muerto. Se murió, se murió nada más. Pero yo tenía pues tenía la idea la ilusión que a mí me contaban muchas personas me decían por ejemplo cuando tengas tantos años tu madre se va a presentar. Y yo viví siempre con esa ilusión

Inv: había una ilusión

Manuel: en mí había una ilusión. No la había conocido, no lo conocí ahora si que ni en foto. Como me preguntaba yo, me enseñaron desde chiquito donde estaba enterrada, me iba a, iba al panteón platicaba yo porque sentía yo una, una ilusión de que se me podía revelar y *así me fui criando, así fui trabajando, puro trabajo, puro trabajo*. Me decían algunos amigos, compañeros anda a jugar, no tengo tiempo. No me daba tiempo, *tenía yo que pasar digamos aunque sea unos diez centavos, 15 centavos en mi casa para que me pudieran dar pues mi comida o me pudieran lavar mi ropa*. Mi papá pues era filarmónico le daba para mi abuelita pero supuestamente me exigían digamos aquello para que después ya más grande me di cuenta si no que era para que yo aprendiera a sostener la casa ¿sí?, no porque ellos les llegara servir 20, 25 centavos. Sino era para que yo tuviera la obligación ¿sí? y no andar de vago por un lado y otro; sino que debería yo de pasar mi diario. Y para que yo pasara eso tenía yo que trabajar. Entonces ahí empecé hasta que empecé a aprender la carpintería; la carpintería la empecé a la edad de unos 11 años 12 años, supuestamente así. Y me fui criando, me fui criando con esa ilusión de que algún día yo vería yo a mi madre. La verdad eso es una mentira, pero es una mentira piadosa

Inv: alguien se lo dijo para tranquilizarlo

Manuel: para que yo no me olvidara yo de mi madre. Porque supuestamente si no me hubieran dicho esas palabras yo me hubiera olvidado de ella. Yo viera yo visitado ni en su tumba, lo hubiera yo visitado, porqué porque no conocí pues. Pero sobre de eso viví siempre con esa ilusión y hasta la fecha sigo viviendo. Ya tengo 67 años que sigo con esa ilusión que aunque sea en sueños se me revelara, pero como en una ocasión hablé me dijeron todo aquel que se va al más allá ya no tiene derecho a venir. Como me decían en otra persona se va a, este... su espíritu se va a penetrar en otra persona

Inv: y así se va a presentar

Manuel: pero eso es mentira, porque aquella alma que se va, ya no tiene derecho a regresar. Eso es una cosa digamos de que así fue mi vida y por eso yo creo que digamos hasta la fecha ilusiones de salir no me da. Sino de trabajo, puro trabajo, puro trabajo. Porque soy más feliz trabajando que estar en la calle

Inv: el trabajo que usted hizo, que usted hace fue un trabajo que fue un llamado de su vocación o fue el único trabajo que tuvo oportunidad de aprender.

Manuel: yo mi ilusión era estudiar, yo salí de la escuela de tercer año de primaria, no llegué digamos ni a estudiando no llegué ni al sexto grado, únicamente tercer año de primaria. pero en aquel año digamos con solo saber y escribir te daban unas oportunidades de irte a estudiar en Chapingo llegó esa oportunidad en mí de irme a estudiar, como salir como forestal.

Inv: policía forestal

Manuel: pero no me, mis padres no me dieron lugar. Menos, la que me estaba dando el ser la, comida, la que me estaba criando era mi abuelita y ella no, no, no quiso, pues que yo me fuera a estudiar. Pues más que agarrar digamos el oficio que había que uno de mis tíos tenía ese oficio

Inv: y se lo enseñó

Manuel: entonces yo me ingresé a él, empecé a aprender la carpintería. Y así estuve trabajando con mis tíos, una semana aquí y otra semana allá. Pero no dejaba yo de pasar mi diario, mi semana

Inv: eso entre todo lo que está diciendo, quiere decir que hizo falta

Manuel: el cariño de la madre

Inv: antes que nada el cariño, la presencia de la madre

Manuel: el cariño, la comprensión digamos. Como era yo huérfano

Inv: su abuela no pudo suplir la presencia de su madre

Manuel: no pudo suplir digamos el del cariño de una madre. No no supo ella, pues me querían, como no, me querían y todo, pero no como veía digamos unas madres con otros hijos.

Inv: si su madre hubiera estado con usted, hubiera utilizado también esa forma de exigirle

Manuel: yo creo que no, yo creo que al estar con mi madre podría yo decir digamos que con lo que yo preguntaba con mis abuelos, me decían que mi madre era muy trabajadora, que hacía bordados que hacía esto y que hacía lo otro y que le gustaba trabajar, le gustaba lavar este, ropa ajena, con tal de ganar.

Inv: o sea ella lo hubiera ganado por usted.

Manuel: precisamente considero yo así. Que para que yo no sufriera, para que no me hiciera falta nada yo creo que ella talvez viera estado este aportando digamos supuestamente mis necesidades, ya no me podía talvez, no me iba a decir anda a trabajar, si yo estoy trabajando.

Inv: Manuel, entonces como usted le exigieron aportar esos pesos, esos centavos a su hogar; esa exigencia lo privó de la posibilidad de vivir su infancia como niño, jugar, divertirse, vivir como niño, como viven los niños.

Manuel: si este como te digo pues, si si mi madre hubiera habido viera estado considero que me hubiera dado toda esas libertades, que dijera digamos ahí está tu amiguito vino a buscar vete a jugar. Pero eso no hubo. No lo hubo porque tenía yo que pasar diario pues. Mi abuelita trabajaba, mi abuelita trabajaba, hacía el pan y todo. Y cuando hacía el pan tenía que trabajar los canastones para repartir el pan. Porque ya era una obligación repartir el pan. Pero aunque me dijera mi abuelita anda a terminar, andá jugar con tus amigos, nunca me lo dijo.

Inv: Nunca se lo dijo.

Manuel: nunca, aunque yo le dijera dame permiso de jugar un rato. No primero a hacer quehacer y cuando venía yo a terminar qué iba yo a venir a hacer si ya había pasado la hora de jugar, eran cosas digamos pues de que uno se va uno “arrecordando” y eso siempre lo he tenido en mi mente que cuando yo ya tuve mi familia decía no, lo que yo pasé no quiero que le pase a mis hijos. Entonces eso es lo que me decía yo tiempo.

Inv: qué ha hecho Manuel con esos recuerdos difíciles,

Manuel: pues a veces...(llanto) cuando hago esos recuerdos me pongo triste, me da sentimiento...(llanto).

Inv: cada que lo recuerda es como si volviera a vivir esa etapa difícil

Manuel: si. Al recordar eso lo estuviera viviendo pero ya de grande.

Inv: ya de grande es decir no se ha borrado, no se ha olvidado, es decir es un capítulo de un libro abierto.

Manuel: yo creo que... yo creo que nunca en mi vida voy a olvidarme. Nunca en mi vida este se va a olvidar ese pasaje, porqué razón, porque cuando recuerdo toda estas cosas me viene un sentimiento grande de que no me dieron la oportunidad de vivir como otros niños, pero Dios sabe porque posiblemente por aprender. Dirían ellos nosotros nos vamos a morir, cómo va a quedar este niño sin poder ganarse la vida y sabiendo algo tiene para sobre vivir solo, eso es lo que yo me he puesto a pensar ya de grande,

Inv: es decir así como lo privaron de algo también le enseñaron algo.

Manuel: y de eso no tengo nada que reprocharles a ellos, la forma como ellos se portaron conmigo porque si no hubiera sido digamos así, posiblemente hasta ahorita yo fuera un vago o un ratero, un no sé qué. por qué porque no aprendí nada y como se ha visto muchos. Hay muchos que les facilitan digamos.

Inv: todo.

Manuel: pero no son nada, porque no aprendieron a valorar que si yo me gastaba un centavo era porque me había costado el sudor de mi frente conseguir ese centavo.

La dimensión socioafectiva en la que este participante se posiciona, a través de su testimonio, es incuestionablemente de interactividad entre su propia individualidad y la otredad. Es a través de esa otredad como recibe actualización sobre lo que es el sentido de vivir, de trabajar, de amar, de relacionarse afectivamente; la incuestionabilidad de sus argumentos queda expuesta en sus propias palabras, lo que hizo falta fue la presencia materna ilusionada, el cariño y la comprensión .

En los elementos mencionados están presentes trazas del *Control / Manejo del fenómeno* pues observamos que nuestro participante encuentra harto difícil poder apegarse a los requerimientos dietéticos de su tratamiento biomédico para el fenómeno *Diabetes Mellitus* – dificultad puesta claramente de manifiesto en el fragmento 2–, ello ligado a la infancia en un contexto de carencia, que bien podría compensarse con la libertad de acceder a ello en la vida adulta. Ese emparejamiento del fenómeno se encuentra con la Actualización generacional fenomenológica, el atravesamiento de los elementos propios de su genealogía, que tienen presencia en el tiempo presente, a través del cual interpreta ese pasado.

5.1.4 Eleazar

Sus entrevistas fueron hechas en el hospital “Venustiano Carranza”, con un lapso de seis a siete días; tuvieron lugar en ese recinto a solicitud del mismo participante. Para ello las autoridades del hospital tenían conocimiento de la realización de nuestra investigación y consintieron la realización de actividades como entrevistas o reuniones grupales siempre y cuando éstas estuvieran coordinadas para no interrumpir gravemente los tiempos y funciones de los trabajadores.

Eleazar es un hombre de 27 años, originario de Venustiano Carranza, trabaja en el hospital con la categoría laboral de Auxiliar de servicios generales, su ingreso a esta institución no tiene más de dos años. Su participación fue buscada por nosotros con singular interés en vista de que es la persona más joven con diabetes de la que tuvimos conocimiento; por ello hicimos un doble esfuerzo por conseguir su participación en nuestro estudio. Algo que salta a la vista es notar que este participante tiene escasos cuatro meses de haber sido diagnosticado con el fenómeno.

Eleazar aceptó con gusto participar en el estudio, su inclusión en éste tuvo lugar aunque se tenían ya el número suficiente de participantes entrevistados. Posterior al acuerdo de realizar las entrevistas fue difícil concretar la primera de éstas, en vista de que su estatus laboral es como trabajador de sustitución, lo cual implica que labora en horarios irregulares; su contratación es temporal y a disponibilidad de jornadas a substituir de trabajadores de base que se ausentan por vacaciones, incapacidades médicas o ausencias laborales programadas. En ocasiones asistimos al lugar acordado para la entrevista y resultó que él se había ausentado de su área de trabajo por haber sido requerido para la función de chofer para realizar trámites en el pueblo mismo o para realizar traslado de pacientes graves a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Ante esas circunstancias, el participante se disculpaba y acordaba otra cita, en algunas ocasiones el reacomodo de las citas sucedía a iniciativa suya.

Este participante manifiesta haber llevado un curso de vida con cierta libertad, más específicamente en el aspecto alimenticio. Ello se corrobora en el peso que refiere haber llegado a tener –lo cual expone en la primera respuesta en que se expresa con libertad temática–, siendo una persona en la primera etapa de la vida adulta; al igual el entorno en el que se desenvuelve es un entorno familiar en el que la gastronomía forma parte principal de las reuniones y festividades, siendo las especialidades gastronómicas alimentos altos en calorías.

El siguiente fragmento explora el lugar que ocupa, no solo en él mismo sino en su círculo social inmediato la alimentación. Se trata de un largo fragmento²⁰², su gran extensión permite contextualizar en sus palabras el lugar que, tanto la diabetes como la alimentación, ocupan en su contexto socio-afectivo; en la contextualización que el participante da acerca de su familia de origen hace mención de lo común del diagnóstico en otros miembros de su círculo familiar inmediato apareciendo con ello la primera característica psicosocial: *Hacer corazón fuerte / Emparejamiento sintomático*. Posteriormente aparece la narración acerca de su *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico* en sus primeros elementos, describe sus síntomas, su actuar y la respuesta del médico ante la examinación biomédica positiva; es posible afirmar que el impacto que la diagnosis biomédica tiene en este sujeto, está enlazada con el emparejamiento que previamente había venido sucediendo en el contexto familiar, en el que los componentes de un

²⁰² Las tres primeras páginas son meramente contextuales en las que se abordan cuestiones técnicas de entrevista como los datos personales, posteriormente el testimonio ingresa en una dimensión psicosocial en la que el participante comienza a hilar sus particularidades afectivas con el surgimiento del fenómeno mórbido. Resulta curioso observar cómo sin interrumpir el fragmento de testimonio se encuentran todos esos elementos presentes.

fenómeno como el *Diabetes Mellitus*, eran comunes. Conforme el testimonio avanza es posible evidenciar el conocimiento del individuo de, cuando menos, la terminología biomédica para explicar lo que le sucede mórbidamente; acudimos en este testimonio al encuentro de la incorporación de una ideología institucional, a la consciencia de un individuo que se ve enfrentado a explicarse a sí mismo lo que sucede, que no le es desconocido en referencia, pero sí en experiencia. Posteriormente expresa la convicción de encontrar sentido a la presencia del fenómeno mórbido a causa de la obesidad, a lo que va ligando elementos asociativos hasta llegar a encontrar un vínculo de estrés afectivo con la obesidad. Tenemos aquí el fragmento 1:

Inv: ¿Cuál es su nombre?

Eleazar: Eleazar

Inv: de acuerdo Eleazar, ¿qué edad tiene Eleazar?

Eleazar: 27 años

Inv: ¿Usted es originario de Venustiano Carranza?

Eleazar: así es

Inv: ¿usted habla tsotsil?

Eleazar: No, español nada más.

Inv: Sus padres lo hablaban.

Eleazar: No, ni uno

Inv: ¿Y usted tiene diabetes, azúcar?

Eleazar: así es, exactamente

Inv: De acuerdo, hace cuánto tiempo inició con la diabetes?

Eleazar: exactamente que yo supe cuando los estudios y toda la cosa hace tres meses aproximadamente, entre tres y cuatro meses.

Inv: tres y cuatro, entre tres y cuatro meses

Eleazar: ahh ja.

Inv: Quisiera, por favor platicarme un poquito cómo fue que se dio cuenta

Eleazar: bueno platicar las cosas como son. Mmm... *casi la mayoría de mi familia es diabética*, de los seis hermanos que son junto con mi madre, con mi abuela un 50 por ciento es diabético y un 50 por ciento no; o sea que la mitad de mis tías son diabéticas entre mi mamá,

mis tías y un tío, entonces yo decía yo nunca voy a ser diabético porque dije yo bueno soy hombre y no voy a salir con eso porque yo iba compaginando que un hombre si y un hombre no. Cuando yo detecto, cuando yo descubro que tengo diabetes me empiezo a dar cuenta que empiezo a bajar mucho de peso, pero mucho, mucho de peso. *Te llegué a pesar 150 kilos.*

Inv: Alguna vez llegó a pesar 150 kilos

Eleazar: Siiii, 150 kilos talla 44, 42 en playeras talla 46 extremadamente grande. Y cómo note, o sea cómo me dio el hacerme unos estudios porque llegó el momento en que empecé a bajar de peso, de pesar 150 empecé a pesar 140,138 y yo no estaba haciendo ni una dieta, nada de ejercicio, absolutamente nada, entonces ya vengo al trabajo y me sacan unos estudios, pero antes de sacar los estudios me daba mucha sed, este... cosita de nada, así como estamos platicando ahorita, se me secaba mucho la boca y yo decía ah chingao porqué, sudaba mucho; me daba por estar comiendo a cada rato. Entonces ya después ya me preocupé dije no es normal no estaba así me tomaba al día casi seis litros de agua y no era normal para mí.

Inv: Seis litros

Eleazar: Seis litros llegué a tomar al día, horita ya me da mucha sed por las noches pero controlo, trato de tomar entre tres a cuatro litros al día, en todo el lapso desde que me levanto hasta que me acuesto, pero también ya lo mido porque sentí también me dijo el doctor que es mucha agua lo que estoy tomando. Entonces cuando ya veo que hasta tenía una mi pinche garrafa de cinco litros entonces cuando descubro todo eso ya me saco los estudios y ciertamente salió con diabetes, el primer estudio que me hicieron fue un día lunes fue el primer estudio que me hicieron y salió con 280 de azu... glucosa, no me preocupé tanto, dije mañana me vuelvo a hacer otro. me lo hice por tres días, en el primer día que hice el día lunes lo hice en un ayuno de ocho horas, exactamente, el siguiente día el día martes me lo hice con 12 horas y me volvió a marcar lo mismo. El siguiente, el siguiente, el tercer día, lo hice con un lapso de 15 horas.

Inv: 15 horas de ayuno, ¿y cómo salió?

Eleazar: de ayuno y me vuelve a marcar lo mismo. Entonces yo voy con el doctor, con el internista, sabe qué así me marcó los tres días y me dice sabes qué eres diabético, no hay de otro. Por eso tu pérdida de peso, por eso todo. Ahorita peso 128, de 150

Inv: de 150 que llegó a pesar ahora pesa 128.

Eleazar: Entonces ahí descubrí, ya llevo tratamiento y toda la cosa. Después de que descubro, que descubrimos con el doctor que era diabético, me empieza a dar un tratamiento lógicamente y me dijo vamos a tratar un mes exacto, empieza hoy 28 por ejemplo, el 28 de julio vamos a ver, este... metformina, glibenclamida, y solo para eso, para lo de la diabetes, y cero coca, cero dulces, cero comida chatarra.

Inv: la prohibición dietética

Eleazar: si, la prohi... me prohíbe cero cenas, con grasa. Entonces siento que eso también hizo que yo bajara porque me quite todo no de golpe pero si me lo quité pues, hasta la fecha no tomo mucho refresco, con agua y ahí no más lo dejo ahí nomás, aunque sé que es lo mismo pero evito estar tomando mucho. En el mes cuando yo vengo a checarme, mañana te tocan tus estudios, este. Vamos a ver cómo salía yo ya tenía miedo, la verdad si me había preocupado,

chis, fue al mes de haber tomado todo el medicamento y nada de nada. Y me dijo si no baja tu glucosa en este mes, discúlpame pero vamos a comenzar a trabajar con insulina porque de nada va a servir el tratamiento con pastillas, está bien estoy de acuerdo no me agüitó, cuánta gente ha vivido con insulina y están bien. Y llegó el mes y ciertamente pues bajó, con los cuidados que él me dio, que me dijo que hiciera pues, con el medicamento llegó a bajar hasta 180, 160 se llegó a quedar,

Inv: la glucosa

Eleazar: la glucosa

Inv: de 280 que llegó a salir

Eleazar: hasta 180, 160 o sea un aproximado de 100 bajó

Inv: si, si

Eleazar: entonces fue una gran satisfacción tanto para el médico como para mí. Y fue un indicio uno de los tantos principios que me dio por seguir así Sin hacer ejercicio solo medicamento y la dieta, medicamento y la dieta. Entonces como hubo mejoría dije yo vamos a seguir con eso. Entonces ahorita ya salgo a caminar, si me da, no me da ganas de ir a caminar me subo a la bicicleta en la casa o me voy al gimnasio a hacer bicicleta y pesas, el chiste, ese tiempo ocio que me queda pues y hacer eso porque ya no quiero volver a que suba la glucosa, la diabetes. Ahorita mantengo en un margen de 130 a 150. Ya no sube ni baja.

Inv: Eleazar usted es casado o soltero

Eleazar: Mmmm, soltero

Inv: ha estado casado

Eleazar: Si, alguna vez, un día, bueno un tiempo

Inv: Y cómo fue el periodo ese cómo estuvo con su relación de pareja.

Eleazar: ¿en qué aspecto?

Inv: es decir ¿no funcionó?

Eleazar: no no funcionó para nada

Inv: cuánto tiempo convivió con esa persona

Eleazar: un lapso de 5 años

Inv: bien, usted a qué se dedica Eleazar,

Eleazar: En estos momentos pues trabajo para el IMSS, ese es mi trabajo lo que es limpieza, mantenimiento, de todo

Inv: y bueno, ahora quisiera hacerle una pregunta. Esta pregunta usted contéstela como usted sabe, no se preocupe por las palabras ni por ninguna otra cosa. Haber Eleazar, ¿qué es la diabetes?

Eleazar: Una pregunta que me dejó pensando. ¿qué es la diabetes? Como la entiendo, la diabetes para mí a mi forma de pensar, *todo lo que pasé todo lo que viví en su momento, lo que estoy viviendo ahorita* con la diabetes, es una enfermedad que ha venido... vaya que ha venido acabando con el 80 un 80, 90 por ciento de las personas, más que nada en las personas obesas. Eh, el, he comprendido que la diabetes ha venido programando, ha venido surgiendo en personas de mala alimentación porque no viene como muchos dicen que viene por un susto y cuanta cosa, no!. Pero en sí en verdad ya que yo soy diabético, comprendo que no es por un susto, simplemente es una mala alimentación, andar tomando andar haciendo cosas para el cuerpo que no son necesarias. Yo siento, pienso como usted me hizo la pregunta, yo entiendo en mi caso, voy a hablar de mi persona, que todo eso vino porque yo tomaba mucho, no me cuidaba para nada, comía en exceso, la verdad, yo llegué a comer casi medio kilo de tortilla en una, en un desayuno, en una comida.

Inv: o sea se alimentaba sin medida, desordenadamente

Eleazar: Si, como si fuera el último plato de comida de toda mi vida. Entonces igual de la misma, manera yo bebía como si fuera la última cerveza del mundo. Entonces siento yo que eso fue lo que hizo que yo fuera diabética. La pregunta yo entiendo que es, mi respuesta es esa, lo que yo entiendo qué es la diabetes. En sí no tengo algo concreto, tal vez si pueda decir pero no se me viene bien a la mente, pero siento que eso es la diabetes

Inv: entonces Eleazar su forma de pensar, en su forma de pensar, mucho de lo que es responsable de la diabetes es su sobrepeso, su obesidad y un poco haber vivido una vida de muchos festejos, de alcohol.

Eleazar: claro, sin ejercicio sin nada

Inv: de joven, en su juventud nunca hizo ejercicio

Eleazar: Si, de chamaco hablo de unos 14, 16 años, en el lapso que no había alcohol, entre 12 y 16 años en el lapso que no había alcohol si hubo deporte, yo me gustó, yo siempre he sido de complejo gordito, pero no había estado en exceso como estuve o como estoy, todavía estoy un poco gordo, de hecho si estoy pasadito mido 1.85 y peso 125 un ejemplo estoy muy pasado. Entonces la meta es llegar a los 80 kilos, esa es mi meta. Pero si en su momento hubo un deporte, a mí me encanta el futbol Pero por desidias, por azares del destino nos empieza a valer, de que vamos a tomar, vamos a salir llega hasta el punto donde estoy. Estoy hablando de mi persona, no estoy hablando de nadie

Inv: Y por ejemplo desde cuándo comenzó a subir excesivamente de peso, desde la infancia

Eleazar: No, de que haya subido de pesar de 100 kilos a 150, mmm... yo tengo memoria, tengo memoria en el aspecto de dónde empezó. Tenía veintiii... tres años, ya vivía con la mamá de mi hijo, con mi expareja, este, pesaba 115 recuerdo,

Inv: ya había

Eleazar: o sea en ese lapso me mantenía pero no se notaba tanto, no tenía la panza colgada vaya. De 23 años a 27 años, subí esto, subí todo esto.

Inv: Ahorita tiene 27, más o menos como a los 23 comenzó a subir. Y ahorita que mencionó que precisamente fue cuando empezó su vida en pareja

Eleazar: si, a los 23 con ella, si porque ya fue cuando empezamos a vivir juntos pues

Inv: y cree que sea posible pensar que esa ganancia excesiva de peso tuvo relación con que no se podía entender con su pareja

Eleazar: eh, en partes, yo tengo un defecto muy grande. Este... en partes desgraciadamente cuando estuve con la pareja habían muchos problemas y yo nunca, yo no soy de las personas o de los hombres que nunca me gustaba discutir o pegarle como muchas personas le hacen a la pareja. Yo que hacía, me hacía a un lado y dónde se me iba todo el coraje, comiendo. Ahí es donde se me iba

Inv: Si, lo pudo notar

Eleazar: Si yo ahí empecé a ver, recuerdo muy bien ahorita que estamos platicando recuerdo que eso es lo que yo hacía. Me daba una ansiedad por comer, por, yo siento, creo que por el mismo problema que había, no, no, el coraje no lo sacaba, se me daba en comer, y me salía a la calle a comprar chucherías a comprar comida y todo y solito en el coche comiendo como loco pues, excesivamente, ahí me sentía tranquilo

Inv: Así bajaba un poco la ansiedad

Eleazar: si la ansiedad del coraje y el sentir, el comer me sentía contento, ya después de una hora, dos horas ya estaba más tranquilo. Y, cada, yo recuerdo que era cada discusión, por no hacerlo más grande yo esa era mi salida, cada pleito, cada discusión, por no hacerlo más grande esa era mi salida, al irme a comer y a estar tomando, las dos cosas. O bien tomaba o bien comía. Pero una de esas cosas es que me hacía liberarme de ese problema.

Inv: Eleazar sus padres son diabéticos?

Eleazar: mi mamá

Inv: Su mamá es diabética

Eleazar: Con la diabetes, mi mamá tiene 47 años; empezó con la diabetes hace 5 años,

Inv: 47, por ahí de los 42

Eleazar: ah, ja. así empezó mi mamá

Inv: ¿Su papá?

Eleazar: mi papá no es diabético

Inv: no es diabético?

Eleazar: no

Inv: En su caso Eleazar desde que inició su diabetes no ha seguido ningún otro tratamiento más que farmacológico es decir médico, no ha tomado infusiones téis, hiervas, cosas así

Eleazar: No, he tenido..., bueno! ahorita respecto a lo que usted dice. Tengo mi familia diabética y he visto que toman una cosa que toman otra cosa, el médico les da tal cosa y les vale, evaden un poco lo médico y se van a tecitos, que semillitas, que tal hoja de tal árbol es buena, entonces. Tal vez yo sea incrédulo en eso tampoco dejo de creer, porque veo una, una satisfacción notoria yo en mi familiar que utiliza todo eso, veo que está bien tomando todo eso, yo no soy incrédulo a en eso ni creo ni dejo de creer, pero la verdad yo siempre he confiado en los doctores en lo que ellos digan; porque siento yo que ellos son los que más saben de esta enfermedad y más como me lo van explicando y me van diciendo y yo mismo estoy viendo la reacción pues del medicamento que ellos me recetan, en mi cuerpo. Nadie más que yo me va a decir, no es que vas a tomar esto, pero si me está yendo bien con esto, para qué voy a estar tomando tecitos, yo no voy con eso.

Inv: Oiga y ahorita que acaba de decir mis familiares que tienen diabetes si lo han seguido; esto me lleva a pensar que la palabra diabetes o lo que quiere decir la diabetes no es novedoso en su vida. En sus familiares siempre ha habido, anda rondando

Eleazar: Toda mi familia, hermanas de mi abuela, hermanos de mi abuela. De parte de mamá, de partes de papá también tías, mi abuelo, de parte de papá; entonces si al principio cuando descubrí y vi toda la diabetes se me va mucho a la mente, hablando de diabetes la muerte de mi abuela.

Inv: a causa de la diabetes

Eleazar: Si, a causa de la diabetes, en un momento que cayó ya no se levantó y fue acabando más y más hasta que se falleció

Inv: de eso hace mucho?

Eleazar: mmm... hace 11 años, 12 años para ser exacto. Este cuando yo descubro que tengo diabetes viene a mi mente la muerte de ella, y yo siento que hubo, lo que me hizo bajar de peso un poquito, cómo le diré de tristeza o no sé de angustia el saber de que mi madre, mi abuela pues así la trato como madre, que mi abuela había muerto de eso y que yo diabético, ya valí, ya valí un cacahuete igual me va a pasar, me empecé a deprimir un poco, tuve una depresión como de unos 15 días mucho 20. Porque de ahí reaccioné y me dije, porqué estoy joven mi abuela ya la agarró de una etapa final de su vida, la vino a acabar. Ya ve que las señoras de antes eran muy desidiasas que no quiero medicamento, ya estoy grande me voy a morir, esa era la palabra de ella. Pero ya cuando sintió lo duro ya comenzó a tratarse, pero ya no sirvió de nada pues ya fue demasiado tarde. Entonces en esa depresión creo que también me hizo bajar de peso porque casi no comía.

Inv: se va el hambre

Eleazar: Si se me va el hambre, entonces ya se me iba el hambre, veía comer a todos y ni siquiera se me antojaba; veía con qué amor agarraban una cerveza se la tomaban y decía ah! mejor estoy bien en mi casa y me la pasaba encerrado en mi casa viendo un videojuego y entonces reaccioné y me dije no es por ay, porque yo solo me estoy matando cuando hay una solución, vaya una salida para controlarla y vivir bien, pues.

La juventud de Eleazar es un componente que permite observar la temprana apropiación del *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, en vista de que la otredad se hace presente en él, pero en el sentido de obedecer a su deseo, evade con ello apropiarse también proveniente de la otredad, el mandato a renunciar al placer por encontrarse fuera de los límites morales aceptables. A través del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*, Eleazar se actualiza con el mensaje de la otredad, el que, al parecer le indica, gozar, entregarse al placer de comer, más que vivir en apego a lo que tus semejantes esperan de sí mismo, tal vez porque ese mensaje proviene de su círculo grupal inmediato, individuos comúnmente con *Diabetes Mellitus*.

El siguiente fragmento explora la experiencia vivida del participante respecto de la gastronomía tradicional de la localidad; en éste podemos discernir la presencia del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*; en esta cualidad psicosocial observada se encuentra también el vínculo recíproco de las cualidades afectivas familiares, que a su vez pueden ser tomadas en cierta medida como representativas del grupo social al que pertenecen. Tenemos la impresión de que en este informante, el término “tragar” no explica con justicia lo que en él sucede, en vista de que su apropiación de la otredad, a través del ámbito gastronómico no es tensivo o conflictual, resistencia a la que alude el término en otros informantes. Se encuentra en el testimonio la presencia de una ingesta alta de alcohol y una ingesta desmedida de alimentos, elementos que a su vez son referidos como propios por el participante. Tenemos el fragmento 2:

Inv: De acuerdo. Bueno, cambiando un poquito de tema Eleazar, usted cree que la, los alimentos, la gastronomía regional, es decir lo que se come aquí en Carranza usted cree que favorezca que las personas puede darles diabetes

Eleazar: Son dos cosas, de mi forma de pensar yo siento que una de las cosas que favorezca para tener diabetes el punto número uno es uno, la persona. Las comidas regionales de este pueblo pues si son, pueden ser causa porque hasta donde nosotros conocemos, vemos y comemos la comida del pueblo, mucha grasa, mucha harina; entonces siento yo que si afecta un poco la comida regional a la salud. Pero le digo el punto número uno es la persona

Inv: Es decir que puede haber mucha comida que haga daño pero si la persona no quiere

Eleazar: no quiere pues no le va a hacer daño. Lógicamente hay personas que dicen ahh! no pasa nada, pero al final de un día y al final de un tiempo ya vienen a reaccionar, pero yo creo que si influye mucho.

Inv: Desde su punto de vista Eleazar, cuál es la comida que más se come en Carranza en esta región

Eleazar: Hay temporadas, en el pueblo se maneja, como yo vivo acá y también soy de esas personas, por ejemplo, perdón. Muchos les gusta comer la comida tradicional que hacen acá el

pescado baldado, el tamal de mole de pollo, tamal de chipilín; en tiempo de cuaresma es el, es el, el pescado baldado, en noviembre pues son los dulcecitos de calabaza, eso si nunca falla. Entonces eso es lo que, lo que siento yo que hace daño. Porque la verdad mi familia trabaja con todo eso,

Inv: trabajan?

Eleazar: Si lo hacen para la familia vaya, no lo venden pero trabajan con todo eso y lo veo, muchísima grasa, si es una tradición comer eso en fechas, noviembre, abril. Cualquier fiesta de un santo, tamales, atoles, champurrados, uta eso llegan a hacer y todo eso es harina, grasa. Si son las comidas que más he visto, el mole, el mole un recadito en una fiesta.

Inv: Se bebe alcohol en Carranza?

Eleazar: Demasiado, demasiado, hasta porque nace una criatura, hasta que muere un, hacen fiesta y es una tomadera.

Inv: ya, a usted le prohibieron el alcohol una vez que ya tiene diabetes

Eleazar: Me lo prohibieron, el doctor me dijo sabes que cero alcohol, quieres vivir más cuídate bien, no te digo que porque vas a tomar vas a morir en un mes, pero a un determinado tiempo en un futuro te va a dañar y me empezó a hablar de cómo trabaja el páncreas y todo el relajo. Entonces cuando me dijo eso, yo reaccioné, tiene razón hasta mal porque así es. Yo tengo tíos diabéticos que toman hasta esta fecha y están mal, los veo acabados. A mí nadie me está contando nadie me lo ha dicho, que ellos se mantienen con metformina e insulina y al día siguiente están tomando, y toman dos días seguidos y al cuarto día están mal, están jodidos

Inv: como se dicen están muriendo

Eleazar: pero no están muriendo de una cruda, están muriendo de todo lo que el cuerpo está arrojando en la pipí, yo me doy cuenta pues, se descontrolan a morir y quién paga el pato, se van a un médico o simplemente se van a la clínica de campo y ahí van a caer y a recuperarse y les vale, se recuperan y a la semana siguiente están tomando otra vez

Inv: Es decir que usted ha observado que gente con diabetes a pesar de saber que si se desmandan corren el riesgo de enfermarse o hasta morir, y aun así le echan.

Eleazar: Claro lo he visto, yo tengo un tío pues así; que no entiende. Yo no le digo nada porque si le comento, que oye ya deja de tomar cabrón te estás matando, ya tiene una diabetes muy avanzada, ya usa insulina pues porque ya está muy alta, se mantiene en los 150 y 250 de glucosa al día.

Inv: Ese tío hace dieta

Eleazar: nada, come de todo, como si no tuviera diabetes pues; y si, si he notado en su rostro que está feo, se ve raro, no es el tío que yo conozco.

Inv: se pierde su naturalidad

Eleazar: si sus dientes feos; o sea todo está mal, flaco él y así sigue tomando.

Inv: Como que el cuerpo pierde belleza cuando uno no cuida la salud.

Eleazar: Claro, entonces eso es lo que me hizo dejar de tomar, porque dije bueno tiene razón el doctor y en realidad no tiene mucho que dejé de tomar, porque si me echaba yo mis alcoholes ya dentro de cuando supe que tenía diabetes, voy a hablar en cuatro meses que se que tengo diabetes, entre dos meses yo seguía tomando, pero ya no me desmandaba tomando, ya me daba miedo, porque al día siguiente me levantaba y todo jodidón, con dolor de cuerpo, reseca la boca, con mucha sed, prácticamente se siente el cambio, poco a poco lo empecé a dejar. Yo voy a ser sincero, yo llegué a tomar hasta cinco días seguido, mi alcoholismo estuvo muy grande a mi edad, este... entonces cuando yo descubro todo eso ya empiezo a bajarle a mermarle de tomar tres días ya tomaba un día y medio, póngale un ejemplo, llegué a toma solo un día por 10 días tomaba, entre 10 días tomaba un día nada más, entre semana tomaba un día, ya nos íbamos a comer con los cuates o la familia, ya solo me tomaba ocho o diez cervezas y me daba la media vuelta y me iba a descansar, a la próxima ya tomé cinco cervezas nada más, y hasta hoy llevo mes y medio sin probar una cerveza.

Inv: Y cómo ha estado su salud?

Eleazar: Perfecto, me siento muy bien porque ya no hay algo que intoxique mi cuerpo, pues

Inv: Eleazar hace un rato decía que tiene un familiar, un tío que a pesar de tener diabetes no sigue ninguna dieta

Eleazar: ahh ja.

Inv: usted mismo ha dicho también que hay que dejar muchas cosas, que el médico prohíbe cosas con grasa, harinas, pero la persona sigue teniendo hambre, cuando habla de la comida regional dice, pescado, nada más se lo imagina uno y viene. Qué hace la persona con diabetes, en este caso qué hace Eleazar cuando tiene ganas de comer eso que por años ha estado comiendo con libertad

Eleazar: No voy a mentir ni voy a disfrazarlo, para que se me vaya ese apetito, porque yo si me gusta todo lo que preparan en mi casa y lo que es comida del pueblo. *Tengo una mamá y unas tías que son buenisimas para preparar toda esa comida, viene la enseñanza de abuela, mamá e hija entonces viene el mismo sazón*, entonces cuando ellos preparan eso si lo pruebo, si lo como pero ya no en cantidad, si me servían un plato como yo comía le digo oye sírveme un poquito por favor porque nada más lo voy a probar no puedo excederme pues; y me como unas dos tortillas pero ya se hace así en mi paladar porque si no lo como me irrita, me irrita el saber que lo quiero comer y me pongo, poner molesto entonces empieza a causar los nervios empiezan a subir, entonces para no ocasionar seo en mi cuerpo, pues digo una probadita no me va a hacer daño, pero tampoco o sea. No lo puedo hacer pero, cómo es esa palabra, si puedo pero no debo. Eso viene siempre a mi mente, que nada más pruebo un poquito y ya no como más hasta ahí le paro

Inv: hay ahí una especie como de lucha entre lo que debe y lo que quiere. Siempre gana lo que debo comer poco

Eleazar: la mayoría de las veces si. No siempre porque hasta eso veo me catalogo antes de comenzar a comer algo me catalogo cómo estuve ese día. Cómo voy con mi medicamento, si me sentí bien todo el día, pues vamos a comer un poco más y mañana en la noche el ejercicio. Hasta eso la mente se programa, entonces eso no sirve el que programe tu mente porque quiere decir que decir que te estás haciendo débil al no querer, al no hacer bien las cosas, o sea yo entiendo pues pero soy ser humano y tengo errores pues. Pero si me he excedido en unas cosas,

pero de que me excedo en unas cosas no me he sentido mal; porque al día siguiente sigo con la misma rutina el medicamento ejercicio, medicamento ejercicio y una alimentación tranquila, puedo comer todo lo que hagan en casa, todo porque no tengo una dieta específica, verduras cereales, nada. Puedo comer lo que preparen en casa lo como pero medido, si comía 20 tortillas solo jalo cinco del paquete y esa es mi ralla.

Inv: Eleazar en el caso de los familiares con los que usted convive que tienen diabetes, la mayoría tiene control sobre lo que come o la mayoría no

Eleazar: No, la mayoría no. Bueno el 90 % no, el 10 % si. Permítame contar porque son pocos, es 1, 2, 3,4 personas de mi familia que se cuidan,

Inv: cómo cuantas tienen diabetes

Eleazar: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, y más familiares que no conozco pero si son diabéticos. De los diez se cuidan dos, un 20 %. Le hablo diez de solo una familia de mamá, a parte la de papá, ¿no?

Inv: muy pocos se cuidan, es decir que muchos pierden la batalla con lo que se deben, terminan haciendo lo que quieren

Eleazar: Exactamente al final del día terminan haciendo lo que ellos quieren, pero tengo los que se cuidan, si medicamento, insulina y viven bien, están bien pues, porque ya están mayores de 50 años; y yo no he visto que tengan alguna falla o algo malo, la verdad están en perfectas condiciones, mis tíos los que se cuidan, los que no la verdad los he visto muy mal.

Tuvimos oportunidad de observar el *Digamos / Actualización generacional fenomenológica* cuando Eleazar afirma que el sabor característico de los alimentos que tanto le gustan es un saber heredado de la abuela a la madre y de éstas a la hija, pues en esa transferencia generacional se ubica él mismo respecto de su propia línea ascendente y descendente cuyos hábitos alimenticios han conducido al fenómeno mórbido y a la muerte. En este caso en particular puede notarse cómo el hábito gastronómico sirve de puente de un saber comportamental, es decir de un conjunto de actitudes con los cuales los miembros de esa familia enfrentan la vida; ese proceso dinámico tiene lugar al mismo tiempo que otro proceso de la misma índole, el *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*, sin la cual no podría adquirirse un gusto por los sabores apreciados en la familia, los cuales por efecto de ésta cualidad, cobran significado al momento de ingerir dichos alimentos en el caso de Eleazar.

Esos elementos están presentes en la experiencia vivida de este participante, y ello nos permite suponer que han participado en la realidad existencial individual; de la cual es representativa su discurso.

En el fragmento siguiente (3) podremos observar una confirmación del proceso *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*; se observa en la dificultad para abordar el tema de

la muerte; esto deja ver el proceso que se encuentra seguramente avanzando, prematuramente y en esa medida insuficiente para poder expresar una opinión, puesto que los elementos significantes están incompletos y en situación de indisponibilidad.

Inv: Eleazar entramos en materia ya de la experiencia, dígame usted, se modifica la vida, la forma en cómo se vive antes a después de la diabetes.

Eleazar: sí, muchísimo

Inv: haber hábleme un poquito sobre eso.

Eleazar: Se modificó demasiado porque, hablando que usted dijo modificar, porque ahorita vivo diferente a como vivía pues. Anteriormente me valía pues, me valía todo en todo, el comer, el tomar, el ser dejado, el de ser fachoso, me valía porque yo mi lema según era, a mí nadie me da de comer, yo solo me mantengo, según ese era mi lema. Entonces cuando yo descubro la diabetes cambia mucho ese punto, cambia mucho ese punto porque empiezo a bajar de peso, la ropa ya queda más grande, más fachoso lo que uno estaba, el ritmo es, es este más rápido

Inv: porqué más rápido

Eleazar: porque decidí ya no ser perezoso, ya no este... ser flojo pues, yo eso es una de mis debilidades y hasta hoy fecha me sigue costando, la pereza es muy fuerte en el ser humano, este... se dice que la pereza es uno de los siete pecados capitales del ser humano. Entonces me ha costado pero, de hablando de antes para hoy es muy diferente mi vida, ha cambiado muchísimo porque ya no soy el mismo, o sea sigo siendo el mismo pero mis aspectos han cambiado, mis ideologías las he modificado, porque ahora ya me cuido antes no me cuidaba. Ahora ya camino antes no caminaba. Ahora ya no tomo, antes si tomaba. O sea ha cambiado en todo pues, porque me quiero cuidar, no quiero acabar tan rápido, toy joven vaya.

Inv: Ese cambio que ahora manifiesta en su vida pudo haberse dado sin la diabetes?

Eleazar: ¡No!, la verdad no; si no viera sido por la diabetes yo seguiría igual, la verdad.

Inv: hace un rato mencionaba Eleazar sobre la relación que hay de la diabetes con la muerte. Decía cuando a mí me dio lo primero que me vino a la mente fue mi abuela que murió de eso. Usted que piensa, qué opina sobre la muerte, sobre morir.

Eleazar: Es una pregunta muy difícil, que yo creo que a nadie le gustaría, a quién le gustaría morir por su propio gusto, porque así es esto. Ah pero mi opinión hacia la muerte la verdad es muy incompleta, pienso muchas cosas, ehh hablar de muerte me imagino yo que es una palabra, bueno repito es una palabra muy fuerte que no a todos nos gustaría estar en ese punto.

Inv: El vivir ya con diabetes obliga a pensar en eso, en algún momento?

Eleazar: En su momento en un principio diría yo. Porque ya a estas alturas que llevo cuatro meses con la diabetes ya no pienso en eso. Empieza a vivir mejor porque ve uno resultados vaya, ve uno resultados de que si se puede pues, entonces yo pienso que a estas alturas ya no pienso tanto en eso; al principio como que si me agüitó, me agachó porque le digo recordé mucho lo de mi abuela, es lo que me ha marcado toda mi vida, la muerte de ella.

Inv: Quisiera compartiros un poco, Eleazar cómo fue la muerte de su abuela?

Eleazar: Si. Mi abuela todo el tiempo tuvo diabetes, casi la mayoría de su edad, hasta... no recuerdo a qué edad murió. Pero se comenzó a complicar ella casi al final porque empezó con retención de líquidos, empezó a incharse toda ella, a empezar a sacar líquido por los poros, pero de ahí veníamos a, a la clínica pues, no la tratábamos en Tuxtla, a la clínica recuerdo muy bien, yo tenía unos mis 16, 17 años puede ser, entre 15 y 16 años tenía talvez. Este... de todas la retención de líquidos empieza a no poder estar bien, que había que, tenían que hacerle una diálisis, según la diálisis para nuestra familia, o para la familia lo tomaron como la muerte, ya era lo último que iba a ser, quieran o no entre que sí y no querían mi familia, mi abuelo porque él era el jefe de la casa en ese momento. El esposo de la abuela decía que no, pero ya concientizándose decidieron que sí, y se hizo la diálisis

Inv: o sea el abuelo no quería que se hiciera la diálisis.

Eleazar: No quería, este porque mi abuelo ya es el viene con una mente como de criado a la antigua, en su tiempo pues no había estas enfermedades de mi abuelo, pues ya horita es muy difícil para él, entonces él no quería ya cuando le dan la oportunidad que le hicieran a mi abuela, le hacen la diálisis, queda perfectamente trabajando, pero no le dilató ni tres años la diálisis, ni tres, de tres a cuatro años; porque empezó a fallar los riñones y no trabajaba muy bien todo eso. Yo recuerdo que yo aprendí muy bien todo el movimiento de cambiarle, de trabajar con su enfermedad de mi abuela, porque había momento que mis tíos trabajando, mi abuelo trabajando en el campo y solo quedábamos nosotros pues de nietos, y yo le cambiaba las bolsas de agua a mi abuela recuerdo muy bien. Este entonces siento yo que eso fue cuando pasó todo que se nos murió. Este al poco tiempo de los cuatro años de que ya tenía la diálisis se lo quitan porque ya no trabajaba muy bien. Ya fue cuando le hacen la hemodiálisis, y empiezan a lavarle la sangre, ya más feo el asunto; entonces ahí ya fue cuando dijimos hasta aquí va a llegar porque es lo último que le están haciendo. De hecho ella tenía ISTECH estaba en el parque morelos en aquel tiempo el ISTECH donde ahorita es el parque bicentenario. Este, ya la últi, el último año que ella vivió ya se la llevaban al hospital y venía cada tres meses del hospital

Inv: pasaba más tiempo allá

Eleazar: si, ya se pasó a vivir allá, aquí la dejaban venir unos dos días y la regresaban, empezaban a gastar más dinero con la hemodiálisis porque era lunes miércoles y viernes; lunes, miércoles y viernes de todas las semanas para lavarle la sangre.

Inv: tres veces a la semana?

Eleazar: era un dineral, como era particular que se pagaba eso era un dineral. Este se fue complicando, sus riñones ya no respondían bien, ya estaba en cama. Recuerdo muy bien que la casi, una de las últimas veces que la vi estaba en el tercer piso del ISTECH, estaba bien, conocía bien y todo. De la noche a la mañana se puso grave; la suben al quinto piso, ehh, recuerdo que fui a verla por última vez a despedirme, porque ya, ya sus riñones ya no trabajaban, ya estaban hechos pedazos, ya no estaba entubada, nada más repetía el nombre de Eleazar, pero no sabíamos quién de todos, porque somos tres Eleazar en casa, papá, hijo y nieto, somos Eleazar, entonces fui a despedirme y si escuchó bien, recuerdo que yo fui el último que subí, me despedí de ella, platicamos muy bien, que cuidara a mi abuelo, que cuidara a mi madre, y por último se quedó en mis brazos. En mis brazos murió mi abuela, entonces ese fue el punto que, ese fue uno de los que a mí me ha costado superar mucho eso, porque se me

murió en mis brazos y hablando pues; así hablando, hablando se me aguadeó y se me clavó ya no pudo, ya no pudimos revivirla, ya ni pedimos que fueran a reanimarla porque ya sabíamos que estaba mal. Ni porque le hiciera, ni porque vinieran a reanimarla ya no podrían revivirla. Entonces así fue como ella se acabó y sí se quedó muy delgadita, ella era de complejo así rellenita era, la recuerdo muy bien, era rellenita y cuando la etapa final, muy delgada, pero bien, bien delgadita.

Inv: ¿Eleazar se puede decir que ella sufrió durante su enfermedad?.

Eleazar: muchísimo.

Inv: ¿La diabetes trae sufrimiento?

Eleazar: ehh, en lo que yo viví con ella vi que si había sufrimiento para ella, muchísimo sufrimiento ya en la etapa final de un año. Porque ya le quemaba la piel, ya tantito lo pasaban a traer se moradeaba, este se quejaba mucho de ardor de cuerpo. Recuerdo que le llegabamos a comprar todavía un colchón de agua porque ya la cama le quemaba. Peor cuando estaba en un ISTECH o venía en la clínica peor le quemaba la cama. Este entonces si siento yo que fue un sufrimiento muy grande para ella, porque si lloraba mucho, se quejaba mucho de dolor de cuerpo. Le digo tantito bajaba su brazo de la cama o se golpeaba tantito y el gran morado. Tantito la picaban que le cambiaban de solución o de vena, moradísimo, y reseca su piel. Este muy mal la verdad, vaya de hora si comprendo decían la piel de elefante, se le reseca muchísimo la piel, y había que humectarla cada rato con una crema que le compraban mis tíos. Entonces si sufrió mucho.

Inv: Entonces el sufrimiento de la abuela por esa situación de su enfermedad cree que haya traído sufrimiento en los demás miembros de la familia que veían a ese familiar sufrir.

Eleazar: si, la verdad si, recuerdo muy bien que nos hacíamos fuertes, ante ella éramos fuertes, ante ella. No pasa nada, no llorábamos ni nada, aunque ella estuviera gritando de dolor, no nos acobardábamos, pues porque no queríamos acobardarla más de lo que ya estaba que se sintiera más mal de lo que se sentía. Lógicamente al darnos la vuelta nada más nos abrazábamos nos poníamos a chillar como niños entre mis tíos y yo, pero sí también hubo para nosotros un sufrimiento muy grande que causó todo eso.

Inv: De eso hace entonces, me decía como 11 años?

Eleazar: 11 años, 12 años que falleció ella.

Somos testigos por lo contenido en el testimonio de la dimensión psicosocial *Control / Manejo del fenómeno*, podemos notar las variantes que se presentan antes y después del diagnóstico, y aunque es prematuro suponer un ajuste comportamental permanente, ello si observamos el efecto que el *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus* tiene, en el *Control / Manejo del fenómeno mórbido*. Al suceder dicho diagnóstico, sobreviene en Eleazar un episodio depresivo, que lo hace conectar retroactivamente las vivencias respecto de su abuela, todo ello por efecto de la *Reciprocidad con la otredad*, la cual al mismo tiempo, lo pone en circunstancia de *Hacer corazón fuerte*, frente a lo que tiene frente a sí.

Finalmente en lo que concierne a este participante tenemos frente a nosotros el testimonio –a continuación fragmento 4– de una autopercepción fragmentada, en un individuo joven, que no tiene referentes contemporáneos sobre los cuales retroalimentar su experiencia vivida. Ello se observa ante la dificultad para identificar en su círculo inmediato otras personas de una edad similar que enfrenten el mismo proceso actualizador psicosocial a consecuencia del surgimiento del fenómeno mórbido. Es curioso identificar cómo en esta persona hay ya un vínculo que interconecta la experiencia del fenómeno mórbido con la experiencia de vida en la localidad:

Inv: Eleazar alguna vez alguien en su familia le advirtió que le podía dar diabetes que tuviera cuidado.

Eleazar: Si, mis tíos los que están más apegados a mí. Los que en realidad me estiman y me quieren. Me decían cuídate, vas a salir con diabetes. Pero yo muy renuente les digo, ah! no va a pasar, pero ya ahorita que ya salí con diabetes me dicen te lo dije.

Inv: el típico “te lo dije”

Eleazar: Si, te lo dije y no me hiciste caso, entonces ya viene el arrepentimiento, pues si tenías razón pero no entiende uno hasta que lleva uno el trancazo viene uno a reaccionar, y gracias a Dios en mi persona fue a tiempo pues, gracias a Dios no he sufrido algo que diga yo me arrepiento muy grande, un me arrepiento muy grande.

Inv: Eleazar a parte de la diabetes que usted tiene padece de alguna otra cosa, ¿presión alta?.

Eleazar: No, por eso algunos médicos o amigos médicos que yo conozco, se han asustado de que mi colesterol, normal, mis triglicéridos normal. Lo único que si salió un poco alto fue el hígado graso, pero fue por tanto estar tome y toma y desmandándome pues. Entonces horita ha bajado un poco, entonces ay canijo estás gordo y nada más tienes la glucosa arriba. Entonces quién sabe qué haya sido, quién sabe que haya sido la verdad. Y ahorita me he sacado los estudios mes con mes y está igual no baja ni sube la glucosa, está en 130, 140, 150 mucho, ehh colesterol en su línea, triglicéridos todo en su línea, entonces me siento bien la verdad, muy bien no sufro de nada más que lo que es la diabetes.

Inv: Bueno, haber Eleazar, cómo es vivir en Carranza, a diferencia de lo que podría ser vivir en otra ciudad como Tuxtla

Eleazar: Carranza, no se vive tan rápido, no se vive tan rápido, como ciudades hablo Tuxtla, un Tuxtla hablo, un D.F. que hay que andar corriendo por el tiempo. Aquí en Carranza se vive de una manera muy lenta. Aquí en Carranza la mayoría de las personas no trabaja con un horario de verano, trabaja con un horario de Dios, así se le llama. Entonces nunca tienen prisa para hacer las cosas. La vida en Carranza en un momento es difícil por la pobreza, porque también está muy dura la crisis.

Inv: hay pobreza en Carranza

Eleazar: Hay pobreza muy grande, entonces unos tratamos de sobrevivir, de pasar el día vaya de pasar el día, la mayoría nada más trata de pasar el día. Al día siguiente igual esperan haber que sale,

Inv: ¿qué cae?

Eleazar: qué cae, pues vaya, usted dijo la palabra correcta. Pero si vivir en Carranza al menos que yo esté acostumbrado a vivir acá a mí me encanta vivir en mi pueblo.

Inv: por un lado entonces es tranquilo no hay el aceleramiento de la gran ciudad, pero se enfrentan otros problemas, la carencia.

Eleazar: La carencia y la ignorancia

Inv: ¿cómo es eso?

Eleazar: este... desafortunadamente en el pueblo han habido muchos problemas, muchos problemas porque hay una ... cómo podemos llamarlo, problemas en el aspecto de que hay un, un, una parte del pueblo, este cómo le puedo llamar, cómo le puedo llamar, mmm.. es indígena la mayoría del pueblo es indígena y tienen como, cómo le puedo decir como gobierno ellos tienen una, son un, se les llama comuneros tienen una casa del pueblo donde ellos deciden qué hacen y qué no hacen. Se han suscitado problemas muy fuertes, cualquier problema que hay dentro del pueblo que no se soluciona hacen berrinches en todo el pueblo, empiezan a ocasionar conflictos, empiezan a tapar carreteras, eh no puede uno vivir al 100% bien, lógicamente si no ofendes no te ofenden. Lógicamente a nosotros que nos conocen del pueblo, hemos estado invadidos en ese aspecto, en los problemas que han suscitado y cuanta cosa. Entonces llega un momento en el pueblo en que no se puede vivir, no se pudo, no se puede vivir cuando hay un problema grande, se puede decir que nos secuestran porque tapan todas las salidas del pueblo, entonces quiere decir que nos están secuestrando

Inv: se siente como estar secuestrado

Eleazar: si, si, si, la verdad si, hubo un momento cuando hubo un problema grande hace un año, no nos dejaban ni siquiera venir a traer el familiar a la clínica de campo porque era un gran problema, al menos que lo miraran que ya iba muriendo si lo dejaban pasar, mientras ni maíz a pie.

Inv: Entonces se vuelven muy insensibles, los comuneros

Eleazar: muy insensibles, muy insensibles. Entonces empiezan a cómo vaya, Carranza ya se puede decir que es un pueblo está grande, que es una ciudad, pero gracias a esta gente, Carranza no puede progresar, por eso hay mucha pobreza. Tenemos como banco, teníamos como bancos un Banamex y un Bancomer; Banamex decide irse por el mismo problema y nos quedamos con Bancomer. El trabajo para tanto para la gente que trabaja dentro del pueblo, de la ciudad empieza a disminuir porque las empresas empiezan a correr pues de que no pueden tener un trabajo libre por la gente que hace un relajo en el pueblo, entonces yo siento que ese es uno de los puntos que por lo cual hay pobreza, y va a seguir habiendo pobreza mientras que la ignorancia siga ganando. La verdad, soy sincero yo soy de mi pueblo pero soy sincero al hablar. Ehh tuviéramos todo si la gente supiera entender las cosas de cómo es una ciudad y toda la cosa, pero gracias a ellos no tenemos nada.

Inv: Eleazar ha hablado entonces de este movimiento comunero movimiento agrario, político. Qué pide, porqué lucha ese movimiento.

Eleazar: En realidad que yo sepa en sí un punto que ellos necesitan yo no, yo no he visto, no he escuchado que quieran algo, ellos como casa del pueblo son muchos la verdad, se puede decir que un 60 % de la ciudad, son comuneros, cualquier problema que hay ellos lo quieren solucionar tapando carreteras, agarrándose a trancazos con los de la policía sectorial. Así lo solucionan ellos. Nunca he visto que haya un diálogo entre gobierno y ellos. Y el gobierno qué hace, no hace nada para ver que Carranza esté bien, y todo el tiempo va a seguir así. Y se lo digo, y qué día estamos platicando que en cosa de 20, 30 años si no hay solución del gobierno Carranza se convierte un oeste.

Inv: un viejo oeste.

Eleazar: y lo estoy diciendo en una fecha 28 así va a ser si no pone un hasta acá el gobierno con eso. Se dice que son representantes de OCEZ que pelean por tierras agrarias y no sé cuánto rollo, entonces ellos mandan en los terrenos, no he visto que tengan un este... cómo se llama el papel este, como trabajan otras comunidades cercanas al pueblo pues, que van bajo un régimen, un papel y que habla un papel de que si es dueño, así. No estos cabrones si se les incha le quitan el terreno a quien quieran.

Inv: Las tierras comunales

Eleazar: a quien quieran. Nadie son comunales, nadie es dueño de ningún terreno. Entonces ese es uno de los problemas en el pueblo, muy muy grande la verdad.

Inv: Ese problema está disminuyendo, está creciendo o está estable.

Eleazar: en estos momentos está estable. Pero hablemos de un 100% anteriormente anteriormente está en un 25, subió un 50, horita está en un 75% estable, yo siento que no va a bajar, no le van a bajar.

Inv: Eleazar desde fuera de Carranza, digamos tuxtlecos, coitecos, o comitecos, cómo se le ve al de Carranza.

Eleazar: punto rojo. Yo lo veo porque donde yo trabajo en el IMSS muchos no quieren venir a trabajar al imss en Carranza; prefieren que los manden no sé en la selva a trabajar en los IMSS que hay allá en Tepeyac o en Altamirano, pero no quieren venir a Carranza.

Inv: Es decir se ha corrido la voz de que hay riesgo.

Eleazar: si. Es un punto rojo y peligroso y no solo acá pues, estamos a nivel nacional, todo el país sabe de Venustiano Carranza porque ha salido en noticias, todo el país sabe de esto, porqué le digo, porque yo tengo amigos y familiares en Chihuahua, en Sinaloa, y nada, nada, un problema que hubo hace un año, a los dos tres días ellos ya los sabían, que estaba pasando en cadena no sé qué noticias. Por eso mucha gente, exactamente a Carranza, pues, porque mucha gente viene a Chiapas a conocer sus alrededores.

Este último fragmento del testimonio de Eleazar nos permite adentrarnos a la percepción de una persona joven en la localidad. De alguna manera es posible percatarse de componentes

psicosociales de la región en este testimonio, y aunque cualidades como el *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad* se ha observado en otros testimonios más a manera de ingreso, en el caso de este atestigua una reciprocidad extensiva. Cuando Eleazar da a conocer la enorme pobreza de la región muestra que además de esas condiciones, deben estar presentes otros elementos como la búsqueda de una mejor vida y las consecuencias que esas condiciones de vida traen a un grupo social en su situación mórbida. Lo que podemos observar es una *Reciprocidad* de un común denominador, la desatención de las instituciones en múltiples niveles que se hace común y repercute *en la otredad*, para tomar fuerza visible en el actuar del grupo social. El Manejo del fenómeno se hace presente de manera interpretativa cuando conjuntamos los elementos de los que disponemos; ante la presencia tan común de la pobreza y de pocas oportunidades para asegurar la subsistencia, se opta por prácticas como la imposición y la violencia por un lado, pero también por la entrega al disfrute desbordado en el que la gastronomía está fuertemente presente.

5.1.5 Martha

Se trata de una mujer de 53 años que es usuaria del hospital “Venustiano Carranza”, y es beneficiaria del programa IMSS-Oportunidades. Se llevaron a cabo tres entrevistas, las cuales tuvieron lugar en su domicilio particular. Ella habita en la Colonia San Francisco, la cual es tierra comunal. El domicilio en el que habita está construido con materiales contemporáneos –paredes de block de concreto y techo de lámina–, siendo una vivienda financiada por el programa IMSS-Oportunidades pero con mano de obra de los beneficiarios; la vivienda cuenta con piso de concreto, servicio público de agua y electricidad. Cuenta también con un patio en el cual se encuentra una vivienda añeja construida de madera rústica y lámina metálica, se observan también dos árboles frutales grandes y algunas aves de corral. Las hijas de Martha aparecen por momentos, se les observa andar descalzas y con vestimenta precaria pero limpia, al encontrarnos nos saludan.

Nuestras notas de campo nos permiten identificar a doña Martha como una persona de estatura media, tez morena, cabello largo y compleción media; al contacto con ella se tiene la impresión de estar frente a una mujer que tiene prisa o que está preocupada por otros pendientes, de inicio esa actitud puede confundirse con desinterés, pero conforme transcurre la interacción con ella uno puede asegurarse que se trata de una actitud permanente en ella; su actitud se

observa por momentos dispersa, su lenguaje se expresa precariamente y con dificultad. No deberemos olvidar que el tiempo en que se realizaron algunas de las entrevistas estaba sin resolverse por completo la situación conflictiva entre la Casa del Pueblo y las familias que habían sido expulsadas de la localidad por considerar que habían actuado en contra de los estatutos de la institución, por lo que principalmente en la colonia San Francisco donde se encuentra el domicilio de esta informante, es donde más actividad tiene los comuneros en situación de conflicto.

Este caso y sus narrativas muestran una riqueza extraordinaria, la cual se encuentra cifrada de manera peculiar. En buena medida es posible encontrar respuestas muy cortas, que no se comunican a la manera tradicional por la semántica; sino en lo que simbolizan y metaforizan. Por otra parte esa riqueza se ve magnificada cuando los contenidos del testimonio de Martha se cruzan con algunos elementos del discurso del testimonio de otra participante –Gloria²⁰³–, e incluso con los del siguiente participante quién es su pareja sentimental. Ese vínculo fue interrumpido por la muerte de la pareja de la segunda, y las subsecuentes muertes del padre de Martha y un hermano menor; en la actualidad permanece con un fuerte vínculo principalmente en un orden simbólico.

Se observa en el testimonio un curso sintomático regular, incluso en lo que refiere como su vida antes del diagnóstico y la comunicación de que es portadora de diabetes. Su manera de expresar esos elementos, da la impresión de que duda sobre la certeza de su diagnóstico biomédico; incluso se puede conjeturar a su escucha que niega el fenómeno que el diagnóstico le atribuye. Aunque es fácil llegar a esos supuestos iniciales, ante ellos subyace un curso extraordinario de sintomatología, el cual la acompaña en su vida, desde mucho tiempo atrás a su manifestación diabética y al diagnóstico; entre ellas la confusión, ansiedad, dolor de cabeza, éste último es un síntoma complejo que conduce por una veta histórica tanto individual como social. Damos paso al fragmento 1:

Inv: Doña Martha ¿usted es originaria de Carranza?.

Martha: Si.

Inv: Originaria de Carranza.

Martha: Si.

²⁰³ Con quién compartió un vínculo familiar político por algún tiempo y afectivo hasta el tiempo presente.

Inv: De acuerdo. Le voy a hacer una pregunta y me gustaría que usted me, me contestara, me respondiera como usted lo piense así como usted lo sepa. ¿De acuerdo?.

Martha: Si.

Inv: ¿Qué cosa es la diabetes doña Guille?.

Martha: Pues la diabetes es pue' que... bueno pue' que como le digo pue' que de un momento a otro me vino pue', no sé pue', ni cómo me vino esa cosa de a. Y ahorita digo pues así por qué me están diciendo que tengo diabetis si a veces si mis estudios sale norm... sale 108 o 120 dicen que es lo normal y no sé, me da pues mis pastillas que yo tome y los tomo, pero a veces me siento un poco mareada, así como horita pue' como si tuviera hartó sueño mi vista así, lo siento muy nublado no sé como si.

Inv: Entonces a veces le hacen el estudio y sale 108 así.

Martha: así.

Inv: ¿Como si fuera normal? .

Martha: como si fuera normal si.

Inv: ¿Entonces cómo fue que le dijeron que tenía diabetes?.

Martha: Pues, es lo que yo no entiendo pue', que por qué me dijeron que tenía yo y luego me estuvieron dando el tratamiento y le dije yo a la doctora que por qué me están dando tratamiento si salía normal mi, ¡No! dice pero aquí salió usted con la diabetis por eso le damos pue' su tratamiento.

Inv: Ah ja!.

Martha: Hasta ahí no sé.

Inv: ¿Fue una doctora la que le dio esa noticia?.

Martha: Si una doctora, pero ya tiene pue' ya.

Inv: Tiene ya sus añitos.

Martha: Si como tres años. Como cambian pue' cada seis meses cambian pue', ¿si?.

Inv: ¿Qué le dijo esa doctora?.

Martha: Pues es lo que le digo pue' que me dijo que tenía yo diabetis, nada más.

Inv: ¿Y ella le explicó qué es la diabetes?.

Martha: No, nada más me dijo que tenía yo y solo eso.

Inv: ¿Y cómo se ha enterado usted de qué se trata la diabetes? ¿Cómo sabe usted qué es la diabetes?.

Martha: ¿Cómo sé?

Inv: Mm ju. ¿Alguien le ha platicado qué es?

Martha: Pue' me han platicado pue' que dicen que da mucho dolor de cabeza, mucho dolor de huesos, mucho mareos, todo eso.

Inv: Mm ju.

Martha: O sea yo de por sí ya tiene que ando con el dolor de cabeza.

Inv: ahh ja.

Martha: No es de horita, ya tiene desde mucho más antes que yo saliera con diabetes me agarraba mucho dolor de mi cabeza.

Inv: Martha entonces usted tenía dolor de cabeza antes de que le diera la diabetes.

Martha: Sii, ya tenía yo ya.

Inv: ¿Ahorita qué edad tiene usted?

Martha: Tengo 53 años, soy del año 1960.

Inv: 53 años.

Martha: Mm ju.

Inv: ¿Y más o menos de qué edad comenzaron sus dolores de cabeza?

Martha: Tendría yo como unos... 40 años creo yo que tenía yo cuando empecé con el dolor de cabeza.

Inv: ¿Más o menos con su azúcar tendrá unos tres años?, ¿tres-cuatro años?

Martha: ¿Qué tengo la azúcar? Si, acabó tres 'hora en julio entró en cuatro años.

Inv: Y entonces estos dolores de cabeza empezaron como a los 40, como 10 años antes.

Martha: Si, si.

Inv: Y para tratarse esos dolores de cabeza ¿qué ha hecho, cómo se los ha tratado?

Martha: Pue' le digo pue' que nada más voy en la clínica pue' que me dan la paracetamol o la naproceno, o la otra...esa otra el diclofenaco, es lo único que me dan. Pero si lo tomo se me controla un rato, pero más así como le digo pue' que tengo preocupaciones es 'onde me aumenta más el dolor de cabeza.

Inv: ¿Cuando tiene preocupaciones aumenta el dolor?

Martha: Si, y hasta aquí... ya siento que va a reventar aquí mi cuello de.

Inv: Se pone muy duro, muy tenso. ¿Y duele?.

Martha: Si me duele.

Inv: ¿Doña Guille entonces eh... cuando tiene preocupaciones aumenta el dolor de cabeza?.

Martha: Si.

Inv: Yo me acuerdo que cuando platicamos todos, la semana pasada, don Roberto, nos platicó cómo fue que le dio el azúcar, a raíz de una cosa con el camión.

Martha: Si él fue porque tuvo un accidente cierto de eso le vino.

Inv: Usted cómo fue que le vino, a raíz de qué.

Martha: Le digo pue' que no sé cuando vine a sentir me dijeron que ya tenía yo ya. Al menos yo no tuve ni, ningún accidente pue' que tuviera yo solo así nada más.

Inv: Sustos fuertes.

Martha: No, solo así nada más.

Inv: Pero me llama la atención que ahorita me está platicando que ese dolorcito de cabeza comenzó bastante antes del azúcar.

Martha: Si ya tiene que lo tengo ese dolor.

Inv: ¿Usted cree entonces que esos pesares de la..., los problemas que le ocasionaron dolor de cabeza también le ocasionaron la azu, el azúcar?.

Martha: Yo creo que de eso mismo talvez si me resultó la azúcar, porque no lo sentí ni cómo me vino pue'.

Inv: No lo sintió.

Martha: No, así nada más.

Inv: Así nada más.

Martha: Si pue'.

Este primer fragmento nos permite introducirnos contextualmente a la lógica existencial de la participante. Aunque en un lenguaje bastante sencillo, la expresión de su vivencia ofrece los elementos suficientes para identificar los procesos que en ella acontecen; cuando refiere una continuidad sintomática de dolor de cabeza, en un tiempo previo al diagnóstico de diabetes, muestra que en ella ha habido una presencia muy importante de estrés emocional, que la ha llevado a expresarla biopsicosocialmente como “dolor de cabeza”, estas palabras entonces no son sino una “punta de *iceberg*” de una realidad histórica psicosocial, valga la redundancia

interdisciplinaria. Ello sin duda ha evolucionado de la misma manera en una construcción fenoménica mórbida más amplia. A pesar de ese proceso evolutivo que al menos cronológicamente desemboca en *Diabetes Mellitus*, los síntomas originarios se encuentran presentes, evidenciando un conflicto tanto intrapsíquico como interpersonal a nivel sociocultural. Lo que atestigüamos ahí es tanto el proceso de *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, en relación a la evolución del síntoma complejo dolor de cabeza, y en dirección de una construcción más compleja; también identificamos el *Control / Manejo del fenómeno mórbido* en una especie de transversalidad, que permite conocer el trato que se le ha dado al síntoma, en su manifestación compleja menos elaborada, hasta el encuentro con el *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico*, que nos muestra la continuidad del proceso de formación mórbido, y la cualidad del momento en que se encuentra el saber biomédico con la realidad existencial de Martha. El *Control / Manejo del fenómeno*, en lo que al testimonio compete, se lleva a cabo mediante la farmacología, la cual tiene a la mano como consecuencia de la atención institucional que recibe del programa Oportunidades; terapéutica que como podemos observar, no hace sino funcionar como paliativo a un sufrimiento multidimensional existencial, que sólo se atiende desde una óptica biológica; en el orden de los resultados que obtiene de esa terapéutica, la ideología recibida ejerce una influencia real en el individuo, quién produce ansiedad al no encontrar más que un efecto anestésico de la vivencia, a pesar de ello, las huellas de la presencia de la ideología biomédica están presentes, al grado que conoce y es capaz de repetir los nombres de los fármacos que le han sido prescritos.

Nos encontramos en este fragmento con la capacidad existencial de apalabrar el sentir confuso ante una manifestación propia, que sucede en sí misma, pero a la que a su vez desconoce, por no alcanzar a articular los elementos suficientemente para comprenderlos; ello se corrobora en la respuesta que emite ante la pregunta sobre qué es la diabetes, a la que responde describiendo minuciosamente los síntomas que ella ha experimentado bajo esa etiqueta. En una lógica compleja típica, del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*, el sujeto es capaz de apalabrar dichos elementos sin darse cuenta de éstos, viéndose siniestrada en su encuentro con esos elementos propios pero desconocidos; ello sucede en este caso específico, cuando Martha refiere no comprender por qué se le acusa de ser diabética, cuando ha aprendido a vivir con el dolor de cabeza que la ha acompañado durante casi 13 años. Es curioso observar que no identifica curso afectivo estresante alguno como detonador del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, por el

contrario utiliza la expresión “así nada más” para referir a momento en que se presenta el padecimiento, con lo que deja claro que el curso evolutivo del fenómeno tuvo lugar en situaciones vivenciales ordinarias.

Respecto del siguiente fragmento (2), tenemos la confirmación del *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, cuando observamos el contacto que tuvo, durante varios años, con una persona representativa de gran valor afectivo y que vivía con diabetes –su madre–; al mismo tiempo observamos los elementos que construyen el *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, todo ello en el contacto con el sufrimiento de una persona cercana, su madre. Revisemos el testimonio a continuación:

Inv: ¿Ah, alguno de sus padres, su papá o su mamá, tuvo o tiene azúcar?.

Martha: Mi mamá era diabética.

Inv: Su mamá era diabética.

Martha: Si, porque ya falleció.

Inv: ¿Ya murió?, ¿y cómo le fue a ella con su diabetes, la podía controlar, no la podía controlar, le era difícil?.

Martha: Lo controlaba así con medicamento de la clínica también.

Inv: ¿Ella también iba a la clínica?.

Martha: si, iba a la clínica; si y ella sufría de la presión y del corazón.

Inv: A parte del azúcar también tenía presión alta.

Martha: si.

Inv: Y también sufría del corazón.

Martha: Si.

Inv: ¿De qué murió su mamá?.

Martha: Pues ella de... del corazón porque le dio pue' un infarto pue'.

Inv: Fue un infarto lo que le dio.

Martha: si fue un infarto lo que le dio, entonces eso que.

Inv: ¿Qué tal le cayó esa noticia a usted?.

Martha: Pues me cayó eh... cómo le dijera yo, es mi mamá pues lo sentimos la muerte de la madre.

Inv: ¿Lo sintió bastante?.

Martha: Si.

Inv: ¿Su mami sufrió?.

Martha: ¡Ah si! sufrió bastante también ella.

Inv: ¿Antes de morir sufrió?.

Martha: Si. Como tres años estuvo botada.

Inv: ¿Tres años que ya no se podía levantar?.

Martha: si (soyosos).

Inv: Ya. ¿Y doña Guille usted tiene hermanos que tengan azúcar?.

Martha: La verda' de mis hermanos tengo uno también que tiene.

Inv: También tiene uno de ellos.

Martha: Si tiene.

Inv: ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene?.

Martha: De mis hermanos varones son tres.

Inv: ¿tres varones?.

Martha: Si y de mujeres somos cuatro.

Inv: ¿Mujeres cuatro son siete en total?.

Martha: Si somos siete.

Inv: ¿De esos siete solo tiene un hermano que tiene azúcar?.

Martha: Si, uno.

Inv: ¿A él le dio primero o a usted?.

Martha: Yo me dio primero.

Inv: A usted le dio primero

Martha: si.

Inv: Algunos de sus hermanos sufre del corazón, como su mami.

Martha: No, de mis hermano no.

Inv: ¿Usted no tiene problemas del corazón?

Martha: No ya me revisó la doctora y me dijo que no tengo.

Inv: ¿Y de la presión?

Martha: De la presión si hubo una temporada que estuvo muy subido, pero de ahí se normalizó.

Inv: ¿Hubo una temporada que se le subía mucho la presión?

Martha: Si.

Inv: Hace cuánto tiempo.

Martha: Hace como cuatro meses talvez ya.

Inv: Y tiene tratamiento para eso.

Martha: ¿Para la presión?, no no me dieron.

Inv: ¿Cómo fue que lo controló?, ¿cómo fue que lo...?

Martha: Solo así se me fue normalizando. Iba yo en la clínica no más que me checaran la presión, diario, diario y se me controló ya no, no me dieron tratamiento.

Inv: Doña Guille y ese tiempo en que le subió mucho la presión tenía algún problema, alguna preocupación, alguna aflicción?

Martha: Si, como le digo pue' que con mis hermanos pue'. No nos llevan pue' mis hermanos no nos llevan a nosotros. Desde que murió mi mamá.

Inv: O sea que desde que murió su mamá sus hermanos no tienen buena comunicación con usted.

Martha: Nadie no, nadie (sollozos).

Inv: ¿Y su papá vive?

Martha: No mi papá también ya falleció ya.

Inv: Su papá también ya falleció. ¿Él de qué falleció?

Martha: El este..., el así nada más enfermedad de... el no padecía de nada.

Inv: ¿El no padecía de esas cosas? ¿De qué habrá muerto como de accidente o de...?

Martha: Le pegó este... hay no sé cómo es que se llama ese mal; pero no murió de accidente así no.

Inv: ¿ Le dio una enfermedad y ya no pudo reponerse?.

Martha: Si, ya no.

Inv: ¿Quién murió primero, su mamá o su papá?.

Martha: Mi papá, mi papá tiene 28 años que murió.

Inv: Ah bastante y su mamá.

Martha: A penas hizo dos años.

Inv: A penas dos años.

Martha: si.

Inv: y...

Martha: A los ocho meses que murió mi papá, murió mi hermanito.

Inv: Ah,... ¿ya murió uno de sus hermanos?.

Martha: Ya murió un mi hermanito, su marido de la güera, de mi comadre Gloria.

Inv: Ah, él era su hermano.

Martha: Si, era mi hermanito.

Inv: O sea doña Gloria es viuda.

Martha: Ella es viuda.

Inv: ¿Y su hermano de qué murió?.

Martha: El estaba ensayando que iba a correr una carrera de caballos aquí en Villa, pero lo arrastró el caballo; y de eso murió mi hermanito.

Inv: Y con él si tenía buena.

Martha: Si, con él si nos llevábamos muy bien.

Inv: El era pequeño, más pequeño que usted.

Martha: Ah si, era más chiquito.

Inv: ¿Entonces con sus hermanos que no tiene buena relación es con los mayores?.

Martha: Si, con ellos no nos llevamos.

Inv: ¿Doña Guille?.

Martha: La única que pues mi cuñada, que desde que murió mi hermanito, todavía nos llevamos pue' con ella; y de ahí con mis hermanos no, nadie nos busca (sollozos).

Inv: ¿Nadie los busca?.

Martha: No.

Inv: Doña Martha ahora que... me platica esto de que sus hermanos no la buscan, ¿eso la preocupa, la pone triste?.

Martha: Si pue', porque la verdad nos buscábamo' pue', ambos nos buscábamo', y ahora pue' que, ahora que murió mi mamá cuando más nos debemos de buscar no, nadie nos busca.

Inv: Cuando su mamá vivía

Martha: Al menos mi primer hermano porque es el mayor de nosotros pue' que dijo: no cuando muera mamá nos vamos a buscar y vamos a venir a ver. Hizo dos años mi mamá y ni siquiera se vino a parar mi hermano.

Inv: Cuando su mamá vivía si se buscaban.

Martha: si, cuando vivía mi mamá venía pue' pero ya así pue' disgustados pue' ya. O sea desde los principios pues no muy nos llevaba pue' a nosotros.

Inv: Ah ja.

Martha: Si pue'.

Inv: De acuerdo. ¿Usted o quién de sus hermanas cuidó a su mamá?.

Martha: Yo, yo y una "mija".

Inv: ¿Usted y una hija cuidaron a su mamá cuando estaba, cuando estuvo enferma?.

Martha: Si. Somos las únicas que lo miramos morir mi mamá.

Inv: ¿Por eso es que aparecen esas lágrimas cuando tocamos el tema de su mamá?.

Martha: Ah si pue' es mi mamá pue'.

Inv: Claro. ¿Usted tiene hijos, hijas, cuántos tiene?.

Martha: Tengo un varón y cinco niñas.

Inv: ¿Un varón y cinco niñas? ¿qué edades tienen ellos?.

Martha: La más chica está de 13 años.

Inv: ¿Ah ya están grandecitos?.

Martha: Si.

Inv: Ah ja ¿y luego?.

Martha: y dos, y la otra que tengo también que se fue la mamá y me lo dejó de, como de siete años me lo dejó la niña.

Inv: ah ja.

Martha: Si, yo lo estoy criando, son dos que dejó pue'. Se fue y ya no regresó la mamá. Conmigo están los pichitos.

Inv: Ah pero ellos son sus nietos.

Martha: Ellos son mis nietos.

Inv: Pero usted los está.

Martha: Los estoy criando.

Encontramos confirmatoriamente la presencia del significante muerte en más de una ocasión, se presenta en persona de su hermano, de su padre y de su madre; en esta última se presenta como una experiencia, en la que atestigua un gran sufrimiento ligado al fenómeno mórbido que experimenta una persona cercana: su madre. Su madre es un componente primordial en la evolución de la *Actualización generacional fenomenológica*; en la experiencia de los cuidados de su madre en la fase aguda de su enfermedad ella se ve obligada a enfrentarlo, ante la negativa de los otros miembros de su línea fraterna, además de su hija, con lo cual se reafirma la progresión de la actualización fenomenológica. La disfuncionalidad interpersonal en sus vínculos fraternos no hace sino colaborar en el estrés emocional o conflicto intrapsíquico-interpersonal del cual se alimenta el proceso constructivo mórbido.

Aparece en su discurso un síntoma que por lo general se apareja al fenómeno *Diabetes Mellitus*, la hipertensión; Martha refiere haber tenido la presión arterial alta durante un tiempo, por lo que recurre como atención del fenómeno, a la medición de las cifras de presión sanguínea, fenómeno el cual desaparece con la atención específica del fenómeno. En este componente del testimonio encontramos un elemento más del *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*; el cual pareciera llegar a ella como expresión idónea para su realidad, pero ello pierde efectividad ante la dedicación de tiempo al fenómeno en curso –deja de ser necesaria la observación minuciosa o probable medicación–, lo cual es posible por las características fenoménicas del síntoma; es decir que en la movilización que hace para atender su sintomatología, atiende también el motivo de éste.

Respecto del fragmento siguiente (3) aparece la referencia a las decisiones políticas que toma el grupo social al que Martha pertenece; una decisión con la que su situación económica no le permitiría compartir, pero al no tener más remedio la acata. El movimiento comunero – característico de Venustiano Carranza– suspende las actividades agrícolas a causa de lo que identifica como una contingencia política, lo cual a su vez suspende las actividades de transporte de las cosechas, impactando la situación económica familiar y con ello la situación mórbida; el conflicto social que es posible designar estructuralmente como síntoma social²⁰⁴ impacta la individualidad de nuestra participante complejizando el fenómeno mórbido ya construido aunque no terminado. Como es común en los comuneros cuando hablan con una persona que no pertenece al movimiento, ella se muestra cautelosa a hablar con libertad sobre el fenómeno social; el conflicto al que hace referencia es al que tuvo lugar a mediados de 2013, se le escucha decir “el problema”. En alguna medida podemos discernir la presencia de una *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad* que devuelve una conclusión desagradable para la situación de Martha y para su familia, entre ellos su esposo quién obtiene recursos para sustentar a su familia del trabajo con las cosechas que ese año no se presentan.

Inv: en este momento qué es lo que le preocupa doña Guille

Martha: como horita pues, lo que me preocupa pue’, más le vuelvo a decir que no tenemos cómo que nos den, que no tenemos dinero. Mi marido mire pues que se fue a trabajar hasta donde con qué le vinieron a salir. Y horita como mi hija se me puso muy mala, que está embarazada, lo abortó su bebé que tenía ¿si? la verdad pues me preocupó, porque da pena pue’, que no es igual pue’ que lo tenga uno los hijos que los aborte uno. Si pue’ eso me preocupó de hija. Pero ahorita ya estoy más tranquila, porque ya miré que mi hija ya está más buenita.

Inv: es decir que estaba preocupada por lo que me está platicando usted ahorita, dos cosas le estaban preocupando bastante. Lo de su esposo que fue a trabajar y no resultó no le pagaron

Martha: no hubo dinero, mire uste’ irse tan lejos.

Inv: y el otro asunto que su hija se puso mal de su embarazo y pasó su bebé

Martha: si lo pasó, pero ahorita ya lo vamos a ir pasando, en esta situación que estamos no hay pues trabajo y todo eso

Inv: Martha porqué pasan estas cosas.

²⁰⁴ Entendemos síntoma social en la misma lógica de construcción sintomática individual, con la particularidad de que el síntoma de orden social se conforma en un grupo social determinado, teniendo al igual que en el individuo la función expresiva del conflicto intra e interrelacional.

Martha: hay la verdad no sé por qué pasan

Inv: ¿usted qué piensa?

Martha: Yo pensaba pue' primero que por los problemas que hubo. Y mire usted que no termina, sigue todavía. No termina el problema y luego no hay donde ir a trabajar. Antes pues aunque sea unos dos tres días para ir a trabajar pero hora no hay trabajo. Y peor que este es el mes que de "porsi" no hay.

Inv: Este es el mes

Martha: Este mes y el mes de octubre, son los dos meses que pasamos

Inv: o sea es lo más difícil del año,

Martha: lo más difícil del año los dos meses. Con el tiempo se va componiendo pues ya. Pero así como hora pues ya que no hubo mucha milpa,

Inv: no hay mucho trabajo?

Martha: No, no hubo pues por este problema pue' la gente no hizo. No hay mucho trabajo, si pue'. Saber cómo lo vamos a venir pasando todo estas cosas que están pasando.

Inv: Todavía falta casi un mes casi.

Martha: Si todavía un mes.

En este testimonio encontramos una liga a la dimensión del *Ordenamiento sintomático*, cuando Martha refiere estar preocupada y su preocupación se vuelve un dolor de cabeza, responsabiliza de esa situación a la situación social que se presenta para su pareja, quién mantiene el hogar que juntos conforman; cuando a su pareja no le pagan porque no hay trabajo para poder recibir un pago, la preocupación que experimenta su pareja se traslada a ella misma, con lo que un síntoma económico local —desempleo— pasa a emperejarse como síntoma biológico previo al proceso psicosocial que sucede en Martha y Julio, en ello está presente el *Tragar y Beber / Reciprocidad con la otredad*. La situación económica de la región se hace presente en el grupo social y a través de éste a su grupo familiar, el cual a su vez la impacta en su individualidad.

Martha vive actualmente con su segunda pareja formal, de la anterior le quedó su hija mayor, para procrear con su pareja actual el resto de sus hijos, además de su nieta de quien se hace cargo. Los datos aportados por otra informante atestiguan que el curso vital de esta mujer ha estado marcado por un estrés crónico, el cual con mucha facilidad pudo haber marcado en diversos grados de permanencia su situación existencial biopsicosocial; ella misma lo refiere

cuando en su testimonio pasa de referir un síntoma estrictamente biomédico, a la identificación de un síntoma en sentido amplio, apalabrado con el mismo término, el cual es posible identificar en diferentes puntos de su testimonio. Los dolores de cabeza que alguna vez fueron ocasionado por el conflicto conyugal y la separación de pareja en el pasado, se trasladan al presente como dolores de cabeza en los que se encuentran involucrados una dimensión política y socioeconómica macrosocial que impacta la realidad microsocia, es decir la comunidad de Venustiano Carranza, Chiapas.

El testimonio de esta participante posee una gran riqueza para ejemplificar la manera en que una dimensión macrosocial, como los precios del maíz a nivel mundial, obligan a los productores locales en una dimensión microsocia, a movilizarse para subsistir a nivel de una economía local útil para el sustento diario de los individuos de la familia; dicha interconexión de dimensiones sociales e individuales, tiene lugar por los bajos costos del maíz originados por los movimientos macroeconómicos, impactan a esta participante al grado que la escasez de trabajo incapacita a su pareja para llevar el recurso económico necesario para el sustento alimenticio básico. El recorrido que puede observarse en este testimonio, que va desde lo macrosocial, pasando por lo microsocia, hasta llegar a la formación mórbida dolor de cabeza –dimensión individual–.

5.1.6 Julio

Las entrevistas realizadas a esta persona resultaron ser particularmente importantes porque a través de él fue posible introducirnos a una especie de pequeña red social. Ello en vista de que entre Julio y Martha forman una pareja de personas en la cual ambos presentan diabetes. A su vez, la pareja de Julio tiene un fuerte vínculo interpersonal e histórico con Gloria otra de nuestras informantes. En las entrevistas pudimos conocer puntos de vista que enriquecieron el testimonio que cada uno de ellos ofrecía.

Julio es un hombre de 45 años y 10 años de presentar diabetes; su apariencia es la de un hombre mucho mayor. Realmente su esposa es de mayor edad que Julio pero éste parece en apariencia mayor que ella. Ha perdido buena parte del cabello, el restante es canoso. Su complexión corporal se observa normal es decir no es robusto ni delgado, sus movimientos son lentos. Julio ha perdido la totalidad de sus piezas dentales, por lo que resulta dificultoso entender

sus palabras, las cuales se ven afectadas en su fonética; ello también afectó el proceso de transcripción de la entrevista con algunos términos inaudibles.

Las entrevistas se hicieron de manera individual, los mismos días que entrevistábamos a Gloria y a Martha. Éstas tuvieron lugar en el domicilio que comparten Julio y Martha, que consiste en una vivienda con una sola pieza dividida en sala y habitaciones comunes. En la sala no hay muebles formales como sillones, más que tres sillas de plástico, un refrigerador y una mesa de madera rústica; están ausentes aparatos de línea blanca típicos como televisor o equipo de sonido. Al fondo se encuentra un pórtico que pertenece a la misma vivienda y un patio pequeño. La calle que lleva a ese domicilio está trazada con la amplitud de una calle urbana, con la particularidad que es de terracería; en ésta se observan múltiples charcos de agua de lluvia de días anteriores, así como piedras de gran dimensión. Esta vivienda se encuentra en la Colonia San Francisco que es tierra comunal.

En el análisis de las entrevistas realizadas a esta persona salta a la vista de inmediato la manifestación de sufrimiento con escaza metaforización; utiliza en su gran mayoría términos coloquiales poniendo poca atención en formalidades. Su lenguaje es articulado a una velocidad alta, en voz baja, con las dificultades de audición ya mencionadas. Durante la entrevista grupal nos aborda desde que tiene contacto con nosotros y nos relata con detalle su sentir. En ocasiones se observa recurrencia en la incongruencia entre la pregunta y la respuesta, como si Julio estuviera solo esperando el momento oportuno para expresar su sufrimiento en la primera oportunidad sin prestar atención a lo que se pregunta.

En el siguiente fragmento (1) encontraremos la frenética búsqueda del participante a su sufrimiento existencial, apalabra frecuentemente una exigencia cruda que cuestiona ¿qué hacer?, en ello aparece de súbito una ineficiencia en su actuar para conseguir *Control / Manejo del fenómeno mórbido*:

Investigador: Don Julio, ¿cómo está, cómo le va?

Julio: ahí estamos viendo cómo vamos.

Inv: ¿Se siente mal?.

Julio: [fragmento inaudible] Ahí, que se nos cayeron todos los dientes. Estaba bien mal, jodido y me fui a la clínica, ya me dieron y me siento tantito pero no bien. Así estoy, mire me tiene muy descontrolado, por Dios.

Inv: ¿Cómo se siente de estar así?.

Julio: pues no, nada, en la noche no me deja dormir en la noche, es el desvelo y la chingada azúcar, no le gusta el desvelo la chingada azúcar.

Inv: haber don Julio, me gustaría hacerle una pregunta y me gustaría que usted la contestara como usted sepa, qué es el azúcar, qué es la diabetes, cómo la entiende usted, qué es.

Julio: muy descontrol, barajustado, se siente uno que a veces la familia necesitamos que comer, necesitamos dinero, sale uno a chambear y viene uno enfermo ya muriendo, por Dios santo vengo ya muriendo ya y de esa manera me desespero mi vida ya por Dios santo. Y así está mire usted, esa es mi vida acá, bien descontrolado, por Dios, [fragmento inaudible] a veces siento que voy a morir, siento que ya no quiero seguir viviendo.

Inv: Lo ha llegado a sentir.

Julio: Si, digo Dios mío qué puedo hacer, cómo no puede sanar mire usted, así está mire usted doctor.

Inv: Don Julio, ahorita que acaba de decir quiero preguntarle, ¿qué opina usted de morir?, ¿qué opina usted de la muerte?.

Julio: Con esa desesperación digo yo, no sé qué hago, por Dios, siento que voy a morir de presión, azúcar, si mire usted, eso me tiene descontrolado.

Inv: La presión, la azúcar.

Julio: Si, y eso me desespera, no puedo ni trabajar. Yo pienso que el dinero, hay una deuda y pienso cómo la voy a pagar, cómo le voy a hacer, eso más me desespera, con la chingada azúcar más se descontrola, más.

Inv: Ahorita lo siente como descontrolado, cómo desajustado.

Julio: Si.

Inv: Y qué siente ahorita, ¿cómo se siente?.

Julio: Jodido, muy jodido, jodidísimo mire usted, ya noche me da una sugestión, el corazón me quiere parar, mire así.

Inv: Siente como que se para.

Julio: Si, si, así.

Inv: Siente como que se mueve.

Julio: Si, si, por Dios santo mire usted, 'tonces digo Dios mío, qué hago Dios mío, qué puedo hacer [fragmento inaudible] y estoy con pura medicina.

Inv: ¿Ha estado tomando medicina?.

Julio: Si, con pura ampollita de insulina.

Inv: ¿toma pastillas y también se pone insulina?.

Julio: si mire doctor.

Inv: aunque toma su pastilla no mejora

Julio: viera usted que no, está muy descontrolado

Inv: aunque toma su pastilla, aunque se pone su insulina no mejora

Julio: no por Dios santo, estoy bien jodido. No sé qué hago. Eso me está acabando, día con día [fragmento inaudible] mire usted, qué hago

Inv: ¿qué come don Julio?

Julio: normal, verdurita, eso, un poco, me evitó el doctor que no comiera yo grasa.

Inv: ¿le evitaron la grasa?

Julio: que comiera yo grasa, no caldo, asadito, pura verdurita, chayote, así. Mire uste'

Inv: ¿come esa comida?

Julio: si mire usted

Inv: le gusta esa comida

Julio: si qué más pue'. Lo que más me desespera es que la paga, dónde es que voy a conseguir dinero, por Dios, que poquito ganas, a veces ni trabajo hay. Está muy escaso ahorita el trabajo, no hay mucha chamba.

Inv: Ahorita está escaso el trabajo, cuesta ganar el dinero, eso le preocupa

Julio: Si, es cierto bastante, que así está mire usted.

Inv: Ha habido otros años en los que ha escaseado el dinero Julio

Julio: yo nunca me ha escaseado el dinero, siempre lo había, pero ahora ya con esta pinche enfermedad se ha escaseado bastante. Ahorita ya ni trabajo hay. El otro día peleaba la gente porque no hay trabajo. Ahora está muy complicado, [fragmento inaudible] años se va haciendo más jodido, triste.

A través de la peculiaridad del testimonio de esta persona, nos resulta posible observar el panorama existencial en que se desenvuelve su vida, e inicialmente nos ofrece trazas de su peculiar *Control / Manejo del fenómeno mórbido*.

Refiere apego completo a las indicaciones biomédicas de orden dietético-alimenticio y farmacológico, las cuales parecieran mostrar ineficacia ante el descontrol frecuente del equilibrio

glucosa-insulina²⁰⁵; ello hace evidente que al menos en el discurso se encuentra presente la apropiación del saber biomédico, a su vez testimonia la presencia poco significativa del *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico de Diabetes Mellitus*, cuyos desarrollo minucioso nos es desconocido por las características del método exploratorio –entrevista–, pero en cambio nos ofrece con los resultados del *Manejo del fenómeno*, la evidencia de que su impacto tuvo escasa influencia, en el sentido de ordenar su comportamiento con la finalidad de llevar una vida lo más alejada de los síntomas biológicos. De haberse tratado de un *Impacto del diagnóstico* de gran influencia hubiera sensibilizado su actuar, no se observarían síntomas biomédicos como la pérdida de la dentadura, o el requerimiento de insulina para controlar su hiperglucemia.

Al terminar sus frases pregunta con frecuencia “¿qué hago?”²⁰⁶ con lo que muestra la presencia del *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*, puesto que la existencia mórbida del sujeto encuentra viable encontrar solución a su sufrimiento en el saber de alguien más, es decir en la otredad. Por otro lado Julio expresa nostalgia, por los hábitos cotidianos de la vida que llevaba antes de la presentación del fenómeno mórbido; es importante notar como en su articulación peculiarmente quejumbrosa, se encuentra el componente social interactuante que se puede ubicar en la misma *Reciprocidad en la otredad*, la cual se identifica de la siguiente manera: la situación conflictiva a nivel social que ese mismo año sucedía en Carranza, movilizó a los miembros del comunero para mantener la integridad del ideal comunero; las acciones llevadas a cabo por la institución Casa del Pueblo, requirió que se instalaran plantones de sus propios miembros comuneros para impedir que los recién expulsados del pueblo, de quienes sus viviendas fueron incendiadas para obligarlos a salir, volvieran; el acto en sí, la expulsión de las familias de la

²⁰⁵ El testimonio de Gloria muestra que la manera en que Julio administra las indicaciones médicas es contraria a lo que éstas exigen. Es decir que Julio toma refresco y se alimenta libremente sin restricción alguna, lo cual explica el descontrol diabético característico que lleva a las infecciones frecuentes que entre otras cosas producen infecciones periodontales y pérdida de las piezas dentales. La exigencia quejumbrosa de Julio demanda una respuesta a su situación mórbida diabética, pero en el fondo y en una dimensión mayor, exige comprensión a su sufrimiento, a su situación económica, política y sociocultural, en nuestros términos a su conflicto psicosocial, que lo lleva a buscar satisfacción en el aspecto alimenticio con las consecuentes consecuencias sintomáticas biológicas.

²⁰⁶ Sin lugar a dudas esa recurrente pregunta tiene que ver con el lugar simbólico en el que Julio nos ubicó, se refiere a nosotros como doctor es decir como sinónimo de médico; ello nos permite inferir que encontraba en nosotros alguna esperanza de recibir una respuesta que paliara su sufrimiento en los conocimientos que hipotéticamente nos atribuye; dicha atribución es confirmada cuando se refiere a nosotros también en ocasiones como “maestro”, figura comúnmente ligada a un conocimiento útil. Mientras que para nosotros esa ubicación imaginaria nos abrió la puerta de la sinceridad del sujeto en su sentir. Encontramos muy probable que en sus consultas médicas Julio se refiera de esta manera durante el interrogatorio con su médico, pero dicho facultativo no hace sino ejecutar una escucha cuya amplitud se ve acortada por los diagnósticos médicos preconcebidos en los que el médico ubica a cada persona en su labor diagnóstica y terapéutica, dejando con ello escapar la posibilidad de identificar otros elementos en el rico discurso del individuo.

localidad, era evidencia viva de que aquel comunero que no se apegara al ideal sería sancionado; por ello todos los comuneros debían participar en los plantones, vigilando los accesos a la ciudad y a las colonias, donde habían habitado los recién expulsados; la necesidad de cumplir con esas guardias en los plantones, impidió que buena parte de los campesinos, que ese año sembrarían maíz como ordinariamente se acostumbra no lo hicieran; por ello quienes producen el maíz y además sobreviven con los remanentes de años anteriores, sufrieron de escasez, pero quienes solo se benefician con el trabajo para la siembra, la cosecha, y/o el transporte de esos periodos agrícolas, se ven doblemente afectados. Ese es el caso de Julio y de Martha, cuyo hogar depende de esos ingresos. La articulación lingüística de este individuo es entonces resultado de una conjunción de circunstancias psicosociales que terminan por impactar su biología es decir un *Digamos / Ordenamiento sintomático*; su incapacidad para manejar su padecimiento lo confronta con su incapacidad para encontrar los medios de subsistencia de la familia que, al modo tradicional patriarcal, provee; podemos observar aquí la manera en que, como resultado de ese *Ordenamiento sintomático*, las características sintomáticas de orden social micro²⁰⁷ o macro²⁰⁸ están impactando la individualidad biopsicosocial del sujeto en cuestión –la salud de Julio es el extremo final del embudo con que podríamos representar la influencia de las políticas macroeconómicas en la región–. Del mismo modo es obligado por la estructura sociopolítica cuyos efectos que lo tienen en esa circunstancias, a apoyar activamente el actuar grupal. De esa manera, en un actuar similar a un acorralamiento entre fuerzas beligerantes, cede a las exigencias de su actuar pulsional individual, a través de las prácticas añejas con las cuales adquiría cierto dominio y estatus sociocultural: la alimentación.

Tenemos a continuación el fragmento 2, encontraremos en éste evidencia de la presencia del *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, ello en el momento en que el participante hace referencia a un tiempo anterior al fenómeno mórbido, y un tiempo posterior a éste; marca con gran peculiaridad lo perdido por el paso del tiempo, y la adquisición de nuevas prácticas comportamentales, a raíz del paso del tiempo y de la presencia del fenómeno mórbido.

En éste fragmento también encontraremos una reafirmación de la presencia de la *Reciprocidad con la otredad*; ello tiene lugar cuando identificamos, el anhelo a una práctica

²⁰⁷ Ausencia de trabajo x ausencia de cosechas

²⁰⁸ La presencia de los ideales institucionales internacionales en la aplicación de las políticas públicas nacionales y locales, como los precios internacionales del maíz que impactan el precio al que el gobierno mexicano compra la cosecha al campesino mexicano.

alimenticia lúdica –bebidas alcohólicas–, que proveyó en otro tiempo de gran placer en su convivencia, pero que al no poder acceder a éste en el tiempo presente, termina refiriéndolo como algo que vuelve recíprocamente del pasado, proveniente de la otredad con la que en el presente convive, sin poder practicar una convivencia igual, a la que en un pasado experimentó. Damos paso al fragmento para identificar lo expuesto:

Julio: Ahh, pues es un infierno, mire usted maestro. Cuando lo tiene uno normal se siente bien chingón. Y cuando te baja la azúcar se siente mire usted te da una sed, una sed, una sed mire usted, se siente muy seca la boca y una pinche orinadera cada ratito

Inv: Mucho tomar, y mucho salir también

Julio: Si, eso. Es como cuando está uno viejo mire usted el agua ‘ta saliendo caliente, caliente; igual la pasa uno. Toma usted agua, toma agua, y al ratito lo está sacando, la está sacando mire usted cruda sale. Y eso ya es, ya está la pinche azúcar, ya está la orinadera y el azúcar de 300, tres 50 mire usted, ansina, así comienza el azúcar mire usted, sencillamente mire usted. Y una vez así me comenzó mire usted, yo sin saber trabajando mire usted me da una sed y cada ratito, a veces sin pozolito para quitar la sed el pozolito pa’ salir dónde mire usted cada ratito; y lo que chinga es la chingada orinadera, va usted al baño, al baño, ansí me comenzó mire usted, ansí mire usted está subiendo la pinche azúcar, es fácil para, para hace ...[inaudible], así mire usted

[...]

Inv: Es difícil no poder comer lo que antes le gustaba

Julio: Ah bastante, mire maestro yo, anteriormente estaba yo bien bronco, tengo una foto ‘taba yo bien ponchado la pansa mire usted. Mire, mire usted maestro, ah, salía yo de mi trabajo, echaba yo mis caguamitas con botana, puta sentía yo feliz en la vida mire usted, feliz en la vida mire uste’, por Dios santo. No me sentía yo como ahorita, puta contento trabajando, viajaba yo lejos salía yo ¡pero bonito! Salía yo con mi familia, con mi familia, mi esposa y todo; a veces los amigos, vamo’ a echa una compadre, de todo vamos a un refresquito ahí contento. Y ahora con esta chingada azúcar, ahora no puedo beber, si bebo dos-tres, cuando se pasa el límite ya me está matando, y a, a la clínica, internado, si, por Dios. Ya no es como antes ya; y es, mire ese maestro, ese me desespera mi vida, me siento mal mire uste’ maestro, ¡me siento mal!

Inv: Se siente mal.

Julio: Ya, ya, ya no puedo trabajar como antes que de aquel gran [inaudible], ya no puedo manejar, ya en el camino me da sueño; y ese, ese es sugestión, ese es lo que pienso. Un cerradito del ojo.

Los elementos que pueden encontrarse en su testimonio permiten construir una versión paralela a la que el mismo Julio puede articular en su lenguaje, siendo que en ese mismo lenguaje, se encuentran los componentes de su apalabramiento; nos es posible suponer lo que escapa a la cognición de su cualidad subjetiva –sujeto–, aunque esté presente en su producción lingüística y con ello en su realidad. Las cualidades psicosociales identificadas en otros

participantes se identifican en este, a su vez se identifica un menor conocimiento del efecto de éstos en su existencia, siendo que Julio conduce su actuar, más por la dimensión social, que por la psíquica del componente psicosocial.

Si hay algo que evidencie ese proceso desequilibrado tendiente al comportamiento orientado por la cultura, es el esfuerzo desesperado que se observa en Julio por “entender qué debe hacer”, se encuentra el motivo de su lenguaje recurrente, que aunque pasa de una entrevista a otra, sigue escuchándose con los mismos elementos e intenciones; sin entrar en el curso de la sugerencia a la asociación temática planteada técnicamente en su entrevista. El *Digamos /Actualización generacional fenomenológica* está todo el tiempo presente cuando el participante muestra ansiedad, ante su observación del curso que su vida lleva con rumbo a la finitud vital. Al mismo tiempo aparece ahí el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, en la medida en que en esos significantes traídos de su entorno social tienen una utilidad en el proceso constructivo mórbido.

A continuación ofrecemos un fragmento (3) de otra participante –Gloria– que se vinculan con la vida de Julio. Este encuentro alusivo al que tuvimos oportunidad de asistir entre Gloria y Julio nos permite hacer un cruce de referencias. Este ejercicio es posible por el encuentro de los discursos que tuvo lugar por la cercanía de los componentes individuales. Ofrecemos entonces el testimonio de Gloria en el que hace comparación a los hábitos cotidianos de Julio, uno de ellos tuvo lugar en la discusión grupal que para este grupo fue posible. Estos fragmentos nos ayudan aportando algo de luz a la obscuridad en la que el individuo nos deja con la utilización de su peculiar manera de articular su lenguaje.

Inv: ¿Se cuida?

Gloria: Si, porque así como nosotros, si consumimos azúcar, eso mismo hace que nuestro cuerpo vuelva a subir nuestra azúcar. Y más que nada nosotros las personas diabéticas debemos ser conscientes de que así como refrescos esas cosas que tenga dulce y nos debemos de acostumbrar a tomar lo normal de dulce, supongamos así como las frutas, el dulce que trae la fruta.

Inv: Lo normal, lo natural

Gloria: Si, se debe uno acostumbrar. Que así como hay personas diabéticas pue’, que ellos así como mi compadre, del que, mi compadre Julio, así por Julio lo conozco, él siempre toma su refresco, siempre toma su avena le tiene que poner un poquito de dulce y yo no. Yo si tomo la avena, solo nada más la avena lo tomo.

[...]

Inv: Qué cree usted que les pase a las personas que no lo pueden controlar, decíamos hace rato de su compadre

Gloria: Porque no se cuidan, no este no se cuidan más que nada, su cuerpo, les dan sus medicamentos y a veces no lo toman, lo traen y lo guardan, no llevan su control más que nada como les da el médico, y más que nada del control de sus comida, qué es lo que van a tomar. O sea que la enfermedad, así como en ese caso de mi compadre, lo toma yo pienso como relajo, como si no, no le importara su mismo cuerpo; él no ha aceptado eso.

Inv: Ese día lo dijo usted verdad, ese día que nos reunimos todos

Gloria: Se lo dije, no lo ha aceptado él. Y yo pienso, en mi manera pues de pensar, mi personalidad mía de mi cuerpo yo pienso que tengo que aceptar mi enfermedad.

Aunque el encuentro de los discursos no es completamente claro, hace referencia a experiencias cotidianas que los sujetos en sus ambientes cotidianos han adquirido; a su vez son estructuras comportamentales que otros sujetos también presentan, lo cual nos aproxima a la realidad.

5.2. La experiencia de Diabetes Mellitus en palabras de quienes la viven.

Volvemos una vez más al ejercicio de rescatar el sentir del individuo con diabetes, en el sentido de reconstruir fragmentos de la experiencia vital, ahora a través del testimonio de las personas cuya existencia ha manifestado constructivamente ese fenómeno; encontramos que dicha experiencia se observa más enriquecedora, por lo que damos paso a su exposición.

El primer aspecto importante es la presencia cada vez más común de lo que las personas denominan “enfermedades²⁰⁹”, como la que hemos expuesto y analizado, las cuales se observan atendidas de diversas maneras. En cada caso en particular es posible identificar diversas manifestaciones mórbidas, que por la situación en la que aparecen son consideradas como manifestaciones aisladas, y por ende tratadas como tales. Tal es el caso de las “gripas” que testimonia Gloria; dichas manifestaciones mórbidas aparecen en momentos clave de su testimonio, aparecen en momentos en que ella se encuentra inmersa en una vida de grandes esfuerzos psicosociales para cumplir la meta de sacar adelante a sus hijas frente a la pérdida de su cónyuge, su existencia se dedica casi exclusivamente a producir una fuerza humana de trabajo,

²⁰⁹ Las cuales son, como lo hemos expuesto en el análisis minucioso de dichos testimonios, formaciones mórbidas en una fase inicial, y que por sí solas no alcanzan a testimoniar el proceso de formación mórbido hacia el cual se dirigen; ello es posible descubrirlo una vez que en su conjunto enmarcan la presencia de un proceso mórbido mayor como el que aquí nos ocupa, la articulación mórbida irreversible Diabetes Mellitus. Dichas enfermedades pueden ir desde dolores de cabeza, catarros frecuentes, contracturas musculares, hasta episodios de hipertensión, etc.

mientras que sus inquietudes individuales pasan a formar parte de un aspecto que debe ser sacrificado, es en esa situación en la que los episodios de “gripa” aparecen como atestiguando que en su existencia, las necesidades psicosociales –socioafectivas– individuales están vivas y funcionales; y la presencia de las gripas evidencian esa presencia. Dicha manifestación se encuentra todo el tiempo enmarcada por la presencia de una escasez económica y de la ausencia de una estructura institucional que prevea situaciones como la desprotección de una mujer que experimenta viudez, quedando con ella sola con el deber de sostener su propia familia. Esos hechos suceden en el orden de la experiencia vivida, tal vez no en un orden voluntario, puesto que las decisiones personales son motivadas por una fuerte presencia de las exigencias del otro en ella misma, lo cual podría disculpar ante ella misma su descuido de sí misma, pero no substituye la satisfacción de dichas necesidades psicosociales, las cuales comienzan a tomar una ruta de formación mórbida mayor, como es el caso de la Diabetes Mellitus.

En el caso de Caralampia, su experiencia vital atestigua un evento de gran trascendencia psicosocial; la muerte de su hijo marca su existencia en el momento en que sucede y se mantiene presente como un hecho que la acompaña en el tiempo. La presencia de esa vivencia en su imaginario y la recurrencia a ésta en su discurso, nos conduce a identificar el hecho como objeto vinculatorio de la singularidad de la persona, con su entorno inmediato; pareciera que su experiencia de pérdida de un hijo la deja en una posición irreparable frente a su entorno inmediato, como si ese hecho pusiera en duda su papel como miembro de su propia comunidad, y a su vez se tratara de un reclamo que la otredad le hace reiteradamente; podemos entender que esa experiencia se transforma en un objeto que, metaforizado, es portado permanentemente por ella misma, y cada que recibe un comentario acerca de su propia salud, emerge involuntaria e inconscientemente el recuerdo traumático de la muerte de una parte de sí. El sentir individual de Caralampia encuentra poco eco en el entramado de un grupo social que se enfrenta a una histórica lucha por su subsistencia, un grupo moldeado por sus propios antecedentes históricos y realidad actual, dichas circunstancias son capaces de hacer poco caso a situaciones que evocan compasión, puesto que ese tipo de sentimientos ablandan la actitud necesaria para la histórica lucha del grupo ante la figura institucional injusta y autoritaria.

Hechos que aparecen con singular sutileza en el testimonio de Manuel, y que pudieron ser corroborados por nuestra presencia informal en su círculo familiar inmediato, dan cuenta de la enorme tensión psicosocial a la que este individuo se encuentra expuesto. Su agudizada

sintomatología –crisis hiperglucémicas, crisis hipertensivas, dos infartos, inminente necesidad de diálisis peritoneal– puede ser vinculada interpretativamente a las diversas presiones que experimenta, por ejemplo con la presencia de sus hijas e hijos, quienes portadores de un conocimiento científico profesional, terminan ejerciendo singular presión sobre el padre, quién frente a la vivencia sintomática y a la insuficiencia para obtener una vía de escape a sus pesares enfermizos, canaliza o enfoca su conflicto interpersonal sintomáticamente; no resulta necesaria la presencia física de sus hijos, solo su presencia simbólica a través de las visitas semanales que éstos le hacen, para generar tensión acerca de un probable incumplimiento de lo que sus hijos esperan de él. Detalles como estos muestran con singularidad claridad el efecto de la otredad sobre la individualidad, además de la presencia, como lo hemos mostrado, de los procesos o cualidades psicosociales que se observan en su testimonio.

Tal es el caso del “dolor de cabeza” de Martha, el cual aparece en momentos que no podemos identificar con exactitud por la ausencia de una intervención directa en la técnica de entrevista, pero que en su testimonio se asoma la referencia a un momento de grandes conflictos interpersonales con su entorno inmediato. Dichos dolores de cabeza atestiguan de manera bastante común, impedimentos para entender suficientemente la situación que la persona vive, además de una incapacidad para actuar en consecuencia y resolverlas. Aparece una vez más el componente ineludible de pobreza, escasez laboral, ausencia de oportunidades para la subsistencia de las familias, todo ello marcado por una región territorial históricamente caracterizada por el desdén de las instituciones al momento de atender las necesidades de la población, no así para servirse de los recursos naturales ahí disponibles. El dolor de cabeza de la región, pareciera que tuviera la potencialidad de transferirse a la individualidad de Martha, y en su inatención crónica, deja de ser una manifestación mórbida aislada, temporal, para pasar a ser una construcción formal –Diabetes Mellitus–, permanente, con la capacidad para modificar sustancialmente su existencia, y ante su descuido, de provocar la muerte.

En esas particularidades sintomáticas es posible identificar precedentes que se encuentran en un orden de la singularidad, así como otros que se encuentran en un orden de la pluralidad; lo psicosocial sin lugar a dudas está presente, y no solo eso, además enmarca la dimensión biológica que funciona como una especie de telón de fondo en el cual es posible atestiguar todo el proceso en una especie de fase concreta. Sin la observación de esa fase concreta resultaría más difícil

conocer la presencia de esos procesos, y su observación llevaría a un escenario desarticulado en el cual la realidad biopsicosocial estaría fragmentada, reducida a lo psicosocial.

Dichos testimonios están cargados de particularidades, dichas particularidades atestiguan que los fenómenos mórbidos pueden aparecer con característica frecuencia en una población, pero es necesario esperar a identificar la manera en que se configura en cada individuo, a través de las particularidades históricas individuales, como las condiciones históricas de la localidad, del grupo familiar, los mismos antecedentes heredofamiliares, sin olvidar las situaciones político-económicas que para el caso de Venustiano Carranza, Chiapas, son múltiples e impredecibles como lo demuestra la historia de las últimas décadas.

CAPÍTULO VI. CONTRASTACIÓN ANALÍTICA

6.1 Las categorías y las cualidades

El primer aspecto a tomar en cuenta en este análisis es la diferencia en la manera en que fueron obtenidos los dos tipos de testimonios, puesto que en la medida en que dichas diferencias sean tomadas en cuenta, reduciremos la posibilidad de que nuestro análisis produzca resultados irrelevantes.

Debemos recordar que la técnica de entrevista que se utilizó para cada grupo de participantes fue distinta, y en el caso de la primera no perseguimos en ningún momento, la obtención de datos que comprendieran la subjetividad individualizada, al menos no en sentido de nuestra conceptualización psicosocial; en cambio todo el tiempo perseguimos la obtención de una opinión profesional, en la que ineludiblemente, se encuentra algo de esa subjetividad, más ésta no es de nuestro interés en vista de que la técnica de entrevista para este primer grupo no fue la adecuada para la obtención de significaciones consciente-inconscientes. No por ello dichos testimonios dejan de ser susceptibles de un análisis interpretativo, pues como hemos expuesto, los testimonios de los trabajadores del hospital Venustiano Carranza, son ricos en elementos vivenciales, los cuales tienen en ese mismo contexto, la capacidad de contextualizar lo sucedido en la experiencia individual del individuo con *Diabetes Mellitus*.

El caso del segundo grupo²¹⁰, la apuesta era a reconstruir la experiencia de vivir una vida con diabetes, en el afán de identificar los elementos que participaron en dicho proceso formativo; esa meta nos obligó a recurrir a una herramienta metodológica capaz de discernir, tanto los componentes de orden consciente, como inconscientes del discurso; la exigencia de la utilización de esa herramienta era sencilla: dirigir lo menos posible la entrevista. La cuota de subjetividad a la que aspirábamos en este segundo grupo era mucho mayor, y los resultados de la estrategia utilizada, pueden observarse en el análisis de los testimonios, los cuales por momentos alcanzan un nivel de abstracción altísimo, el cual resulta necesario cuando se trata de discriminar los componentes filosófico-psicoanalíticos, en los que han sido planteados los orígenes de los fenómenos mórbidos estudiados. Un aspecto que colaboró a la complejidad del proceso analítico

²¹⁰ La “posición” a la que nos referimos es al orden en que presentamos los análisis testimoniales, primero presentamos el de los trabajadores cuya labor comprendía personas con diabetes; y el segundo el de personas con experiencia vital con el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*.

de los testimonios de personas con diabetes, fue que las entrevistas a estos participantes, fueron cuando menos de tres entrevistas, y la selección de aquellos fragmentos que servirían de evidencia testimonial, nos condujo en muchos casos, a recurrir a larga citas o fragmentos sobre los cuales basar nuestro análisis.

Dicho nivel de abstracción y extensión en los fragmentos testimoniales, se encuentra ausente en el primer grupo de testimonios analizados.

Estamos seguros de que el grado de dificultad elevado, que seguramente enfrentó el lector en el acto de leer y seguir comprensivamente el documento, podrá encontrar alivio y clarificación, en los apartados que siguen a los capítulos de análisis testimonial; todo ello en la medida en que, precisamente en estos capítulos finales, se encuentra una discusión sintética del proceso analítico previo.

Tenemos a continuación un cuadro que muestra las categorías analíticas, las cuales denominamos hospitalarias, y las cualidades de lo psicosocial, que bien pueden considerarse categorías de análisis del segundo grupo; agregamos a éste también algunos detalles que seguramente ayudarán a clarificar el proceso por el cual fueron obtenidas:

CATEGORÍAS ANALÍTICAS HOSPITALARIAS	CUALIDADES DE LO PSICOSOCIAL
Técnica: Entrevista semiestructurada Entrevista única	Técnica: Entrevista a profundidad con modalidad asociación libre Al menos tres entrevistas
1. Biomedicina institucional	1. Darse cuenta / Impacto del diagnóstico
2. Actuar médico en incertidumbre	2. Control / Manejo del fenómeno mórbido
3. Alimento psicosocial	3. Digamos / Actualización generacional fenomenológica
4. Angustia fenomenológica	4. Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático
	5. Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad

Tabla 5. Categorías analíticas hospitalarias emanadas de la entrevista a trabajadores del hospital, y cualidades de lo psicosocial emanadas de entrevistas a personas con diabetes; además de algunos detalles sobre su aplicación.

Una vez expuestas de manera ordenada, las características que pudieran conducir a cierta confusión en el orden de unas categorías con otras, pasaremos a analizar su contenido, así como el vínculo que es posible establecer entre las categorías y los conceptos expuestos en los capítulos anteriores.

6.1.1 Biomedicina institucionalizada

Esta categoría hace alusión a las prácticas que suceden al interior de las instituciones de salud, en nuestro caso específico, a las que suceden en el hospital rural “Venustiano Carranza”; institución, es necesario decirlo, que funciona bajo la normatividad de la Norma oficial mexicana para servicios de atención médica públicos o privados. Por ello las prácticas que se desarrollan en dicho hospital pueden considerarse, si no estandarizadas para todo hospital, al menos provenientes de lineamientos únicos.

Biomedicina institucionalizada hace referencia a la presencia del discurso biomédico, además de los componentes político-económicos que a éste acompañan –analizado con anterioridad–; dicho discurso, como ha quedado expuesto, transforma en alguna medida el actuar del trabajador. Dicha transformación sucede en diferentes grados, que van desde el borramiento casi total de la subjetividad, como en el caso del personal de profesión médica especializada – como fue el caso de nuestro informante de profesión médica especializada en medicina interna– , hasta la adaptación gradual de las prácticas y deberes profesionales, a las particularidades que ese profesional pueda observar en los individuos a los que atiende –como puede ser el caso de nuestros informantes de profesión médica especializada en epidemiología o de licenciatura en nutrición.

Aunque en esta categoría analítica es posible identificar variantes operativas, es decir diferencias en la manera en la que cada trabajador aplica su normatividad profesional, también es cierto que dicha normatividad es, en la medida en que es un instrumento normativo, una legislatura inflexible, a la cual debería en teoría apegarse todo trabajado. Ello nos introduce al terreno de la rigidez metodológica con la que se desenvuelve el discurso biomédico y con ello el Sistema de Salud –al que pertenece el hospital rural en que laboran nuestros informantes–, que al parecer también se rige por ese mismo criterio.

A pesar de que la característica a la que hace alusión esta categoría es, en algún sentido, aplastante, no logra borrar toda manifestación de individualidad, en el actuar profesional del trabajador biomédico, como a continuación se podrá observar en otras categorías.

6.1.2 Actuar médico en incertidumbre

Esta categoría analítica hace referencia a las diversas observaciones que los trabajadores hacen sobre las personas a las que atienden. Dichas opiniones coinciden en afirmar que el actuar del

individuo que presenta una problemática en salud, o específicamente la presencia del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, es diferente a la que el discurso biomédico, al cual hace alusión la categoría anterior, es en buena medida incierto, cuando no opuesto.

Dicha incertidumbre parece obedecer principalmente a dos razones, las cuales pueden ser dos razones diferenciadas o una misma diferenciada por ciertas peculiaridades; las cuales presentamos a continuación:

a). La primera es a la demanda que las prácticas de origen social presentan a la población o específicamente al individuo. Se trata del encuentro entre el hombre y la cultura, entre el individuo y la sociedad. Estas entidades pueden transformarse de diferente manera, al grado que es posible identificar al vástago frente a la parentalidad, al jefe de familia frente a la pobreza, al ciudadano frente a la administración pública, etc.

b) La segunda es una visión microscópica –por decirlo de alguna manera– de la anterior, en la medida en que se trata de una lucha o tensión entre la presencia y actividad del deseo humano que alberga a todo individuo, y el enfrentamiento que éste libra con las exigencias – contenidas en un abanico enorme de normatividades y legislaciones–, las cuales provienen de los diversos niveles o estatus de la otredad. Se enfrenta el Yo al Otro, en términos médicos es el sujeto consciente que acepta frente al médico seguir su tratamiento; se enfrenta el sujeto del inconsciente a la otredad, aquel que acepta las indicaciones médicas, pero que en la vida cotidiana puede o no resistir los embates de las peticiones de sus necesidades placenteras, lo que puede llevarlo a su goce.

Sea de uno o de otro origen, dicha lucha, evidencia un esfuerzo del sujeto por continuar existiendo en el marco de la otredad, en la que se encuentra dicha existencia. Las consecuencias a las que llevan los resultados de dicho enfrentamiento son el síntoma.

6.1.3 Alimento psicosocial

Esta categoría analítica se refiere a una de las trayectorias, que el proceso constructivo mórbido *Diabetes Mellitus* sigue con regularidad; se trata de una manera en que los individuos cubren buena parte de sus necesidades, y con ello en la dimensión del sujeto del inconsciente, su deseo. Los alimentos en sus diferentes modalidades, y en los diferentes tiempos en los que el individuo debe alimentarse, se transforma en alimento de las necesidades biopsicosociales individuales, y refugio del sufrimiento o frustraciones, que el individuo podría tener como consecuencia del

enfrentamiento al que hace alusión la categoría anterior; el individuo habituado a cubrir buena parte de sus mociones pulsionales con *Alimento psicosocial*, encuentra, una vez aparecido el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, muy difícil cumplir con la exigencia del discurso biomédico, por lo que emite un *Actuar médico en incertidumbre*.

La interdisciplinariedad es evidente en esta categoría, en vista de que intervienen componentes cuya aparición, es percibida y estudiada como características o aspectos humanos por diversas disciplinas; ejemplo de ello es el sobrepeso, el cual adquiere una significación enorme en el discurso biomédico al grado que actualmente, de acuerdo al testimonio de un participante, ha sido tipificada como enfermedad; o la interacción humana mediada por la alimentación, y normada por la cultura para algunas visiones antropológicas; o el vínculo asociativo que se establece entre objetos que provienen de la dimensión del otro, como es el caso del alimento y algunas necesidades afectivas para la visión psicoanalítica. Este aspecto interdisciplinario, es precisamente al que hemos aludido con nuestro concepto psicosocial.

6.1.4 Angustia fenomenológica

La dimensión a la que alude esta categoría analítica es en primera instancia la dimensión existencial filosófica, dicha *Angustia* sobreviene a consecuencia de acercamientos del significante muerte, al individuo que no ha adquirido una Autoconsciencia de la finitud de la muerte.

Una primera intelección, en el orden abstracto del fenómeno al cual alude la categoría analítica, es la presencia de dicha respuesta existencial –*Angustia fenomenológica*–, cada vez que una experiencia cotidiana o accidental ronda la existencia del sujeto, en ese momento aparecen elementos que despiertan las huellas mnémicas que se encontraban presentes pero pasivas; con ello se presenta en el sujeto, un encuentro tenso que hace vivencial algo que pudo haberse encontrado presente en el orden racional: la inminencia de la muerte. Ese momento sucede principalmente a través de la dimensión mórbida o de riesgo lesionante, cada situación que pone a prueba la integridad de la Salud o el libre intercambio interexistencial, manifiesta con su presencia la ineludible llegada de la finitud vital.

Una segunda intelección de lo que acontece durante la manifestación de esta modalidad existencial o tensión fenomenológica, es lo que sucede en el orden comportamental, o en el actuar humano. Nuestra experiencia clínica, en la atención psicoterapéutica así como interactiva pedagógica del individuo propio de la localidad, muestra que detrás de una fachada sentimental o

actitudinal puede encontrarse la experimentación de diversas manifestaciones afectivas, las cuales pueden tener como origen común lo que Heidegger denominó Angustia; dicha construcción de fachadas o personalidades psicológicas obedece a la demanda de orden sociocultural de responder ante la vida con un actuar dentro de los cánones morales, de ahí que buena parte de los individuos de un grupo social, se muestren de una manera frente a sus semejantes y experimenten una realidad diferente en la intimidad. Encima de la Angustia fenomenológica puede haber miedo, amor, ira, etc.

6.2 Integración conceptual de las categorías hospitalarias con las cualidades de lo psicosocial

Exclusivamente en el esfuerzo de analizar el conjunto de elementos analíticos emanados del análisis testimonial, nos disponemos a partir de la dimensión singular, es decir del individuo; este es a su vez portador, cuando menos de tres componentes básicos. Los cuales pueden observarse en la ilustración 11.

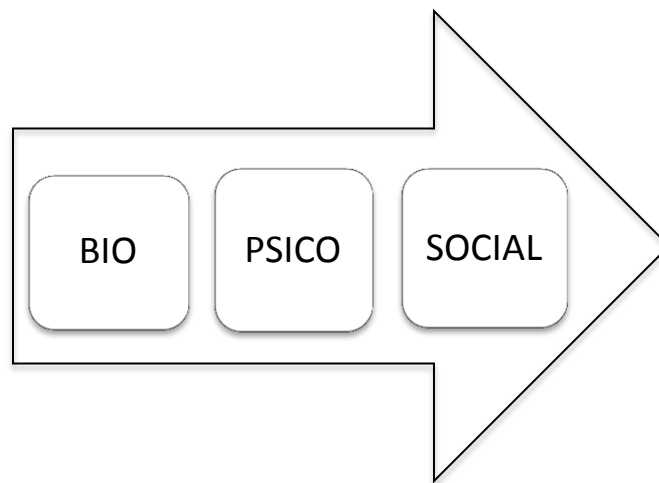


Ilustración 11. La individualidad comprende la integración de los elementos de la existencia bio-psico-social. La existencia actualiza la realidad ante el ajuste de cualquiera de esas entidades

Siguiendo esa lógica, en el paso de una dimensión singular –yo–, a una plural –otro–, tiene lugar diversas variantes de un individuo a otro, las cuales reconfiguran el esquema ideal –ideal institucional social– tanto en el individuo como en el grupo social –la otredad–. Siendo imposible en determinado momento, diferenciar lo que sucede en el individuo respecto de lo que

sucede en el grupo social, todo ello en la medida en que dichas dimensiones se integran en una totalidad integrada de la cual provienen pero que a la vez es receptor de significaciones psicosociales. Todo ello sucede en una constante y continua interacción entre el yo y el otro o en el plano individual-grupal. En esa interacción o fluir constante identificamos la presencia de nuestra cualidad de lo psicosocial *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad* –véase ilustración 12–.

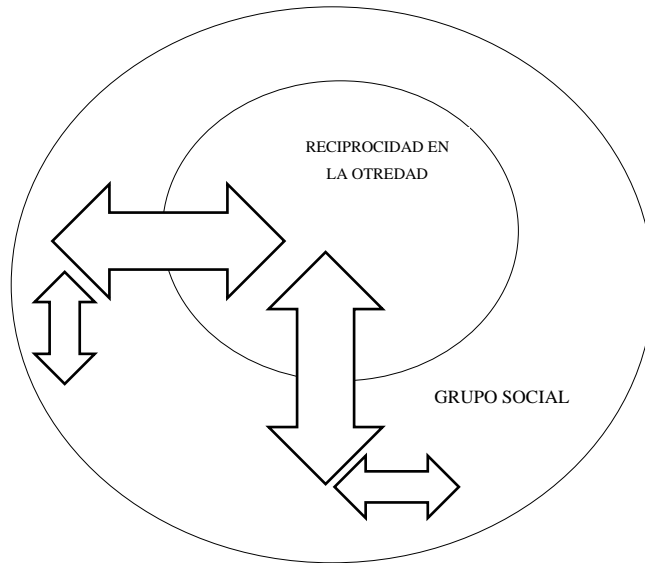


Ilustración 12. El *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad* tiene lugar en el seno del grupo social entre las singularidades de los individuos que pueden considerarse también parte de las significaciones del grupo social.

Dicho desplazamiento recíproco es concebido aquí como objeto de conocimiento de orden interdisciplinario, en la medida en que para dar cuenta de éste, necesitamos de más de un cuerpo de conocimientos teóricos, en vista de que aquello que se traslada, son contenidos de diverso orden, pudiendo ser procesos mórbidos, afectividad, normatividades jurídicas, valores culturales, normatividades económicas, memorias históricas, etcétera.

En ese proceso de traslado también intervienen planos dimensionales diferentes, en los cuales podemos identificar la dimensión estructural macro y micro social; ello es susceptible de observarse en los hallazgos como *Biomedicina institucionalizada*; en ésta tiene lugar una extrapolación de planos, basada en el supuesto de que la realidad biomédica es útil ante la emergencia de procesos mórbidos en cualquier grupo social, sin importar las vicisitudes históricas de cada grupo humano. De esa manera los criterios de comprensión/intervención ante

manifestaciones mórbidas crónicas como la *Diabetes Mellitus*, se trasladan de manera idéntica de un grupo social a otro, borrando toda posible singularidad que pudiera presentarse de un grupo a otro, o de un individuo a otro, los cuales son factores trascendentales para la adecuada comprensión del fenómeno y de toda posibilidad de incidir favorablemente en éste. De esa manera la institucionalización de la biomedicina deja múltiples implicaciones, prioritariamente psicosociales sin ser tomadas en cuenta.

De alguna manera, en ese plano dimensional macrosocial, encontramos la presencia del *Alimento psicosocial*; en esta dimensión analítica encontramos dos vertientes, una que muestra la función netamente nutricional, que pretende ser atendida de manera casi cuantitativa, y que trae como consecuencia la permisibilidad de la producción y accesibilidad de esos productos, tal y como sucede en la región insumisa, favoreciendo realidades biológicas como el sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, los alimentos industrializados, que tienen la capacidad de nutrir, pero que a su vez contienen todo aquel ingrediente que se agrega para que el producto sea aceptado, está ahí por influencia de la institución, tanto pública como privada a nivel macro y micro social.

A su vez, el alimento psicosocial tiene la capacidad de alimentar la continuidad de un grupo humano funcionando como *Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad*, en vista de que la alimentación es una práctica en algún sentido obligatoria para cualquier individuo, y su interrupción o intento de modificación tiene la capacidad de traer como consecuencia un inadecuado *Control / Manejo del fenómeno mórbido*; ello puede observarse en el individuo diabético, a quien se le indica médicamente, que abandone por el resto de su vida, la ingesta de azúcares, almidones, grasas, etcétera, con lo que el componente psicosocial de la alimentación, deja de contactar al individuo con su grupo social, es decir al sujeto con la otredad, o al placer con su satisfacción y con ello hundiéndolo en la soledad.

En el mismo orden individual-grupal, yo-otro se encuentra la dimensión del *Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*, el cual tiene lugar entre un individuo y su dimensión grupal inmediata o lejana –dimensión macro–, trasladando los elementos presentes de este último a los individuos que ingresan a ella, por ejemplo de los que provienen del mismo grupo social pero de una generación etaria diferente; obsérvese la ilustración 13.

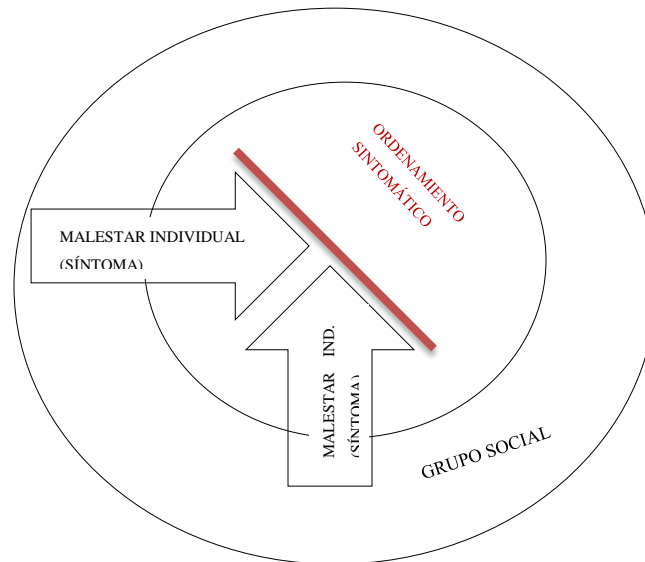


Ilustración 13. Esquematación del proceso en esta cualidad psicossocial; en el que las singularidades encuentran cierta alineación y con ello comunicación; la presencia en uno y otro ordena la existencia de uno o de otro.

En esa concordancia sintomática, que no es sino un traslado de significaciones y de las funcionalidades de esas significaciones, puede encontrarse también una conjunción con el *Actuar médico en incertidumbre*; el cual no es sino un reflejo del conflicto que trajo como consecuencia la apropiación sintomática que se ordenó, y que una vez establecido y ante su desconocimiento por el sujeto, emite una conducta incierta y en esa medida fuera de control para sí mismo. El resultado de esto es una desobediencia a lo que indica la prescripción de la *Biomedicina institucionalizada*; además de un actuar desorientado, puesto que primero que nada busca el cumplimiento del ideal institucional, con las consecuencias sintomáticas correspondientes.

Volviendo a la dimensión cronológica, los hechos históricos se encuentran presentes representativamente y de manera diversa en cada individuo; de esa dimensión individual son compartidos, teniendo como resultado de ese traslado, lo que se denomina imaginario social o más ampliamente la cultura –dimensión del otro–; para que el imaginario social pueda existir debe haber una constante *Reciprocidad con la otredad*, en la que todos estos componentes se perpetúan a través de las tradiciones. Su apropiación y ejecución pragmática no sería posible sin los procesos de socialización, pero tampoco sin los procesos de orden psicológico de los que

hemos dado cuenta. En un momento cronológico posterior sucede el *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático*, que hace coincidir las particularidades individuales; las cuales encuentran representatividad propia en lo observado, y que en un momento posterior pasa a ser propio, véase ilustración 13.

Tampoco sería posible fenómeno alguno sin el primer elemento de la totalidad bio-psico-social, es decir el sustrato biológico, al que también podemos denominar para determinarla diferencialmente, la integridad orgánico-fisiológica.

La entidad biológica recién nacida²¹¹ es recibida en un entramado de elementos tanto físicos como simbólicos, que se mueven interminablemente de un orden individual al social –y viceversa–, es decir en el orden de la subjetividad; es el conjunto de elementos presentes en ese recibimiento²¹² los que gradualmente dan forma a la estructura que guiará al sujeto, en su pensar, pero principalmente en su actuar, tanto subjetivo como objetivo. Al respecto tenemos evidencia en el testimonio de Caralampia –fragmento 2 y 5, Manuel fragmento1–.

La tierra, sustrato necesario para la vida vegetal y ésta a su vez para la vida animal, pasa a formar parte de diversas formas a la subjetividad humana, como lo hemos expuesto es, para el grupo social de nuestro estudio, el objeto por excelencia de la representación del otro –del cual proviene todo saber útil–. En la cabecera municipal de Venustiano Carranza, sus grandes extensiones de tierra comunal, establecen un vínculo que es legitimado por la institución política nacional. Es decir el estatus de tierra comunal, que no es sino un reconocimiento jurídico, sirve como refuerzo a los componentes, que mediante mecanismos simbólicos, la tierra al grupo social y al individuo, el cual en su situación mórbida, recurre a éstos como alivio a su sufrimiento.

La situación mórbida para el individuo, se ve agravada cuando entra en escena el elemento alimenticio –primordialmente como proveniente de la tierra–, el cual en su forma prohibitiva forma parte primordial de la terapéutica biomédica para el control diabético; sin embargo como hemos mostrado en la categoría *Alimento psicosocial*, se presenta a la tierra, como representada por la terapéutica de origen herbolario, y a su vez como componente simbólico que no hace sino legitimar la presencia de una terapéutica farmacológica biomédica. Pero al mismo tiempo, y a pesar de la fuerte presencia de los componentes farmacológicos biomédicos,

²¹¹ Sin una consciencia de sí; sin una estructura psíquica que permita el reconocimiento yóico e interacción con otredad alguna.

²¹² Estructuras de acogida, siguiendo a Lluís Duch

insumisamente se utilizan también los ingredientes de la región, como parte del tratamiento real al fenómeno mórbido.

En esa vinculación también tiene lugar un proceso, que entendido desde la lógica biopsicosocial, muestra múltiples efectos en diferentes planos. Se reproduce por efecto del *Digamos / Actualización generacional fenomenológica*, pues mediante ésta sus componentes pasan de una generación grupal a otra; de un individuo a otro; o de una entidad psíquica a otra en un mismo sujeto. En materia psicológica, en el conflicto psíquico, tiene lugar un *Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático* que actualiza la materialidad biológica, es decir acelerando o disminuyendo procesos biológico-orgánicos, al tiempo que se modifican procesos en la subjetividad; en este proceso la *Biomedicina institucional* juega un papel importante por la disponibilidad con la que cuenta ante la fuerza que le agrega la autorización como medicina oficial. Debido a eso, el sujeto que ha sido objeto de *Actualización generacional fenomenológica*, – que ahora interioriza, introyecta o encarna el significante muerte– pasa a ocupar un lugar siempre al interior de una dimensión sociocultural pero que experimenta en soledad la *Angustia fenomenológica*, que no es sino la contemplación del curso vital recorrido, con la incertidumbre del curso futuro pero la certeza actual de la inevitabilidad de la finitud; los mecanismos conscientes de maquillaje de la realidad, que son vehiculados por los discursos del entretenimiento, la distracción y el seguimiento de ideales institucionales, deja de ser suficiente para distraer de la realidad que se asoma inminente al sujeto: la finitud de la vida y la llegada irremediable de la muerte. La experimentación cotidiana del síntoma es un recordatorio automático de ese destino final.

En sentido regional, será entonces la forma en que los sujetos, insertos en sus contextos socioculturales –incluida en éstas la misma geografía–, manifiestan su realidad vital, incluyendo en ésta la manifestación mórbida, la cual a su vez resulta ser una manera de concebir una instancia regional, o dicho de otra manera, parte sintomática de un todo mayor. La supuesta totalidad biológica planteada por la biomedicina, no es realmente sino una reducción de la existencia humana, de la que proviene la vitalidad. Es en ese contexto donde se inserta nuestra región en sentido mórbido, pues ésta viene a funcionar como llave, a través de la cual cobra sentido la visión acortada de la biomedicina, ocupando ésta un pequeño lugar en el universo psicosocial, que no solo comprende al individuo sino a su grupo social e incluso a la realidad global.

COROLARIO

A continuación daremos paso al cierre del estudio, a través de la contestación de las preguntas de investigación, las cuales fueron planteadas al inicio de este documento.

La *primera pregunta de investigación* es la siguiente: ¿Cuáles son los elementos psicosociales presentes en la experiencia de *Diabetes Mellitus*?. A lo largo del documento, hemos hecho mención de los componentes psicosociales involucrados en el proceso de construcción del fenómeno mórbido que aquí nos compete. Sin lugar a dudas es posible mencionar los componentes y su participación en el proceso, aunque resulta incierto especificar cuáles de éstos, participan en un proceso formativo mórbido específico, en vista de que la cuota interpretativa que puede aplicarse a un testimonio específico es, como lo dictan los principios de su método, interminable; con lo cual es difícil establecer un punto concluyente de búsqueda de respuestas. En ese sentido es necesario aceptar que ante condicionantes psicosociales idénticas, lo determinante para la formación del proceso mórbido *Diabetes Mellitus* en buena medida es la individualidad y en buena medida la composición biológica de la totalidad biopsicosocial.

Por el contrario podemos afirmar que los componentes psicosociales, en un orden disciplinario del término, que participan en el proceso adquisitivo del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*, son los antecedentes históricos, los cuales predisponen la atención de las diversas instituciones oficiales, así como de las instituciones que han sido formadas ordinariamente por los individuos de la región. Los componentes socioculturales –entre ellos la insumisión que ordinaria en cualquier población, pero especialmente alimentada por los antecedentes históricos locales, así como el especial apego a las figuras religiosas–, que se encuentran presentes en la cotidianeidad, y que se desenvuelven día a día, alimentan a su vez las instancias psíquicas individuales, las cuales por lo consiguiente intervienen en la discriminación, elección y apropiación de los componentes socioculturales que orientan el actuar cotidiano del individuo. Por la articulación de saberes –tangibles e intangibles– y decisiones que día a día construyen y reproducen los individuos en la localidad, tiene lugar la realidad individual así como social; dicha realidad recién descrita, no es sino un sustento o constructo teórico; lo que si podemos observar sin gran esfuerzo, es la cotidianeidad de personas y del pueblo donde habitan, a éste le antecede una historia, que escrita o no, dada a conocer públicamente o no, tomada en cuenta explícitamente por sus instituciones o no, termina por influir la vida cotidiana de dichas

personas; dicha influencia sobre esa cotidianeidad, no es otra cosa que el actuar de cada individuo, familia, barrio, o institución; dicho actuar necesariamente debe concebirse como influido por la vida psíquica individual, la cual se encuentra implícita en toda decisión final del individuo.

Por las condiciones a las que es expuesto este grupo social, en su lucha por perpetuarse y por insertarse en las diversas prácticas económicas, –las cuales a su vez son irremediamente influidas por las políticas económicas globales–, termina acomodando las herramientas sociales de las que dispone, para alcanzar su objetivo. En ese acomodo de recursos sociales, es posible identificar las implicaciones involucradas, éstas pueden ir desde la educación formal y la adquisición de habilidades humanas para la vida, las cuales juegan un papel trascendental para la comprensión del bagaje histórico, es decir la apropiación que cada individuo hace de los antecedentes de su localidad y con ello los motivos para afrontar la demanda institucional que exige apego a los ideales locales.

Consideramos que no es útil definir dichas implicaciones psicosociales, en la medida en que se trata de cualidades humanas, que pueden ser útiles a un individuo, pero no a otro, por lo que su presencia en el grupo social es lo que determina su importancia. Implicaciones psicosociales, como aquellas vinculadas con el ejercicio y el consumo artístico juegan también un papel muy importante, puesto que a través de éstas lo psicosocial alcanza reproductividad, siendo también así que llegan a ganar aprecio en el imaginario social. En la medida en que las implicaciones psicosociales están presentes en un imaginario social pueden considerarse presentes, sin embargo para cada individuo es preciso identificar cuál de éstas están presentes, además de la función que en ese individuo específico están desempeñando.

Estos aspectos psicosociales pueden aplicarse en el caso de pretender analizar al grupo humano que habita en la Cabecera municipal del Municipio de Venustiano Carranza, Chiapas, México; y respecto del fenómeno mórbido atendido en el Hospital Rural “Venustiano Carranza”. Estos componentes deberán ser tomados en cuenta para analizar al mencionado grupo social; más éstos no determinarán específicamente su presencia o ejercicio en determinado individuo, ya que no es posible trasladar mecánicamente la dimensión social en la individual, aunque una esté inmersa en la otra.

Por otro lado es posible también discriminar en los individuos de este grupo, un determinado conjunto de procesos de orden psicosocial, a los cuales por su presencia y función

hemos denominado: *Darse cuenta / Impacto del diagnóstico; Control / Manejo del fenómeno mórbido; Digamos / Actualización generacional fenomenológica; Hacer corazón fuerte / Ordenamiento sintomático y Tragar y beber / Reciprocidad con la otredad*. Es a través de estos componentes de lo psicosocial como concebimos la presencia y el efecto de los componentes disciplinarios en el proceso de formación mórbido.

Sin lugar a dudas también están presentes en las implicaciones de orden científico biomédico, los cuales se involucran en las prácticas cotidianas, que como hemos dejado claro, no pueden ser, sino influenciadas en su producto final, por los intereses mercantiles, y en general por la búsqueda de poder, incluso en la posición que el médico adopta frente al sujeto que demanda atención médica. Para el abordaje de esa dimensión identificamos tres categorías analíticas a las que denominamos *Biomedicina institucionalizada; Actuar médico en incertidumbre; Alimento psicosocial y Angustia fenomenológica*. A partir de estas categorías es posible analizar la influencia del aspecto científico biomédico en los participantes de este estudio; a su vez a partir de éstos es posible identificar, la influencia que la población ejerce sobre los sujetos que representan a la institución biomédica, la cual moldea de alguna manera, su ejercicio clínico para cada región y grupo humano.

Cada uno de los participantes dio cuenta de la presencia de procesos psicosociales, sin cuya observación se identificará palabras, ideas, emociones, sentimientos; los cuales no cobrarán sino el sentido que el investigador o en todo caso el practicante de cualquier disciplina posea como antecedentes conceptuales. En dichas categorías analíticas es posible encontrar la manera en que cada individuo administra intencional o inconscientemente los procesos a los que se debe enfrentar, como por ejemplo la muerte, la enfermedad, la pobreza, la parentalidad; en el acomodo particular para cada individuo de dichos elementos estará la explicación a la construcción mórbida para cada sujeto.

De esa manera para Gloria, su sacrificio en favor de sus hijas –el cual tuvo lugar en el pasado–, con ayuda de su madre, es suficiente para enfrentar gradual y tranquilamente su inevitable destino; su existencia presente se alimenta de una otredad que se empareja con el pasado digno de orgullo. Con ello las vicisitudes de su vida –el fenómeno mórbido–, son llevaderas en la medida de que su funcionalidad pasa por dos generaciones, sus hijas y su madre y funcionan como soporte al sufrimiento que dicho fenómeno podría requerir, y que encuentran respuesta en la atención que hace tanto de sus hijas como de su madre.

Caralampia por su parte nos ayuda a observar la manera en que un fenómeno mórbido articulado por su propia existencia, podrá tener diversas funciones o motivos, pero aquel que se observa con más claridad en su caso, es el enfrentamiento casi directo con el destino de todo ser humano, pero que en ella aparece dramáticamente en la experiencia de la trágica muerte de su hijo; el fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus* parece indicar que hace falta atender el presente, el cual parece no importarle en favor de mantener vivo su deber con la otredad representada fuertemente por su hijo quien ya no está con ella.

La *segunda pregunta de investigación* a la que daremos respuesta es la siguiente: ¿De qué manera los elementos psicosociales conducen a la formación del fenómeno mórbido *Diabetes Mellitus*? La respuesta a esta segunda pregunta resulta más compleja que la primera, puesto que para ello es imprescindible tener en consideración, el estado específico de los elementos psicosociales disciplinarios del grupo humano, así como la situación de dichas cualidades psicosociales del sujeto en específico, así como de su contexto social inmediato –en algún sentido, aunque no exclusivamente su contexto familiar–.

El concepto central sobre el que se centra buena parte de los procesos que conducen a la formación del síntoma mórbido, a partir de los componentes psicosociales, es el *intercambio* o el *tráfico* de los elementos que componen lo psicosocial; esos conceptos adquieren relevancia si nos remitimos a la dimensión existencial humana, en la que –en un primer momento– el individuo se reconoce como tal a través de la otredad, en una relación sencilla yo-otro; y –en un segundo momento– las dificultades que ese vínculo comprende.

Dicha vinculación se establece a través de una especie de partículas que guían la vida de las personas, hemos denominado, en los términos que planteamos nuestro estudio, *significantes* a esos componentes, puesto que encontramos una gran ventaja interdisciplinaria en éste; su utilización nos evita anclar el concepto en una disciplina especializada particular. A pesar de ello el término ha sido suficientemente definido para dotarlo de la expresividad, a través de la cual dar cuenta de los procesos dinámicos, topológicos y económicos²¹³ utilizados en el proceso de tráfico de significantes en lo psicosocial, es decir en el ámbito plural o individual.

²¹³ Estos términos hacen referencia a los componentes psicosociales en cuestión; específicamente por su dinamismo o movimiento, su espacialidad o dimensiones y finalmente por la cantidad o magnitud de la energía que genera dicho movimiento a través del espacio.

Una vez que conocemos los componentes psicosociales involucrados en el proceso resulta relativamente fácil identificar los procesos que pudieran estar aconteciendo en un individuo sano y en vía de construcción mórbida. Para el caso de un individuo cuyo proceso de construcción mórbida observa diferentes fases constructivas, la identificación de los componentes psicosociales ofrecerá la posibilidad de acercarse a las cualidades psicosociales y a la situación en la que estos procesos se encuentran y afectan al sujeto o al grupo social.

Los hallazgos respecto de los procesos que conducen a lo psicosocial, para construir un síntoma biopsicosocial muestran, que no es posible identificar un proceso común; es decir que resulta imposible generar un modelo, a partir del cual valorar cualquier caso en particular, a la manera en que lo hace un ejercicio matemático. Por el contrario, dichos procesos se presentan de manera diferente del caso de un individuo a otro, y con mucha seguridad de un grupo a otro; por lo que la apuesta en la utilización de los hallazgos de este estudio es, a reconstruir cada caso en particular utilizando las cualidades psicosociales discriminables en todo sujeto para este grupo social.

En la medida de que el fenómeno *Diabetes Mellitus* es una manifestación mórbida crónica, encontramos que la vida humana, –la existencia en términos filosóficos– tiene el tiempo necesario para, como resultado de un lento y minucioso proceso, –seleccionar y articular los componentes psicosociales adquiridos a través del lenguaje–, construir sobre la misma base existencial, la extensión biopsicosocial mórbida; no deberá entonces pensarse como un proceso paralelo, sino como parte o proceso de la existencia misma.

En los procesos de articulación de las implicaciones psicosociales, que conducen a la formación de fenómenos mórbidos, es imprescindible tomar en cuenta, que la existencia humana se rige por fenómenos discriminables a través de métodos científicos positivos –como los utilizados en la práctica biomédica–; a su vez esa misma existencia humana se rige también por procesos intangibles, subjetivos y simbólicos poco susceptibles de ser discriminados por los métodos científicos antes mencionados. La vida psíquica inconsciente es una de éstas, y su inclusión en cualquier diseño investigativo, que pretenda considerarla, deberá tomar en cuenta las herramientas conceptuales y clínicas que fueron creadas para su adecuada comprensión y abordaje.

Así como es necesario tomar en cuenta los procesos psíquicos de los aspectos individuales de la dimensión psicosocial, deberán ser tomados en cuenta, como hemos observado, los procesos

sociales a nivel macro y micro; ya que en éstos se encuentran contenidos un número tan grande de procesos disciplinarios en interrelación como sucede a nivel individual. Lo psicosocial entonces, deberá ser tomado en cuenta a profundidad y no deberá jamás ser tomada en cuenta como componente independiente de la existencia, puesto que todo el tiempo deberá concebirse como complemento de una existencia total biopsicosocial.

Los elementos psicosociales, contestando específicamente la pregunta de investigación, forman fenómenos mórbidos en interrelación con la dimensión biológica y por efecto de un intercambio de elementos en las tres dimensiones, a las que es posible enunciar separadamente como bio-psico-social, o simplemente como existencial.

Jamás deberá olvidarse en el afán de comprender un proceso mórbido como la diabetes en un individuo en particular, las pequeñas y hasta aparentemente insignificantes circunstancias que lo rodean; en éstas están las claves para identificar los procesos psicosociales operantes en ese grupo social en particular. Si en un ejercicio indagatorio científico se parte de la inexistencia de los procesos psíquicos inconscientes, se está partiendo de una noción gravemente incompleta, puesto que en esa dimensión irracional en tanto que inconsciente, es posible identificar los pequeños nexos entre los significantes tanto conscientes como inconscientes, que podrían llegar a explicar el proceso mórbido presente, o uno de diferente magnitud en proceso formativo. Esperamos no pecar de presuntuosos al exponer en esos términos la formación mórbida, lo hacemos así en la medida en que consideramos que en esos términos es perfectamente claro el proceso; sin embargo en términos socioantropológicos podríamos estar hablando de pequeños nexos que no se identificarán sino en el testimonio detallado del individuo acerca de su propio sufrimiento –dolor, malestar, etc. – el cual no hace sino reconstruir el proceso. Por ello hasta el más mínimo detalle presente en el testimonio una vez ofrecido, deberá ser investigado para conocer las conexiones a las que conduce. Dicho en términos sencillos, en las mismas palabras de quién vive una enfermedad, e incluso hasta en el más mínimo detalle, se encuentra la explicación profunda y amplia de lo que le sucede, un fenómeno mórbido, dicho en términos idóneos. En el esfuerzo para conseguirlo, es necesario renunciar a toda metodología que ponga, antes que los detalles y vicisitudes del testimonio, interés en el método o los conceptos que de éste emanan, llámese objetividad o corroborabilidad.

La *tercera* pregunta de investigación se cuestiona: ¿En qué términos la experiencia vivencial del individuo con *Diabetes Mellitus*, permite reconstruir su proceso adquisitivo? En un principio partimos de la certeza de que el fenómeno mórbido al que se dirige esta investigación, es la conclusión de un proceso constructivo; los hallazgos de este ejercicio indagatorio nos permiten confirmar que es posible identificar una continuidad, ello en los acontecimientos existenciales que el individuo presenta antes de la presencia del fenómeno, así como en la fase posterior, es decir después de que el fenómeno aparece. Precisamente las cualidades de lo psicosocial son testimonio de la preexistencia de una historicidad individual y a su vez de una grupal; dicha continuidad histórica que se extiende en el tiempo tiene una continuidad. Las limitaciones de los argumentos biomédicos, al momento de explicar el origen del fenómeno, validan en alguna medida nuestra versión alterna; la misma biomedicina se interesa por una historicidad, aunque dicho concepto dentro de los márgenes conceptuales biomédicos se enmarca a los acontecimientos de orden biológico, los cuales como hemos demostrado no son suficientes para dar cuenta de lo que sucede en el la persona, el individuo, o el sujeto, dependiendo de cuál sea el marco contextual en el que se estudie la existencia humana.

La continuidad de eventos en una dimensión psicosocial a la que aludimos se refiere a la especie de hilo conductor que permite relacionar pequeños hechos, aparentemente inconexos o irrelevantes, con la formación sintomática que el individuo vive, o más aún con la formación mórbida como la Diabetes Mellitus y sus manifestaciones crónicas. Más allá de la identificación de cualidades analíticas o categorías de análisis, los elementos que atestiguan dicha continuidad están en el tejido fino con el que se teje la historia de cada individuo, todo el tiempo dentro de un contexto sociocultural; el entendimiento del primero está condicionado al entendimiento del segundo, como ha quedado claro en la imposibilidad de separación del concepto psicosocial, el cual hace referencia a una dimensión humana complementaria a la biológica, y no excluyente como buena parte del flujo discursivo científico-económico pretende mostrar.

Los siguientes párrafos del presente corolario, son una reflexión final en la que se pretende cerrar los contenidos propuestos y analizados. Es una especie de síntesis en la que intentamos comentar los detalles que consideramos dignos de tomarse en cuenta por las características del estudio.

La investigación, de la cual este documento da cuenta, fue concebida con fragmentos de observaciones y reflexiones personales, y fue tomando forma en la reflexión profesional; es por ello que su diseño podría resultar con facilidad atípico a algunos investigadores. En otras palabras los componentes que abrieron las múltiples dudas que hoy se han tratado de responder, surgieron de desechos de la práctica de las ciencias biomédicas; por lo que al momento de reflexionar cómo abordar el problema.

La estrategia metodológica buscó un abordaje que ofreciera resultados, no solo a las preguntas biomédicas, sino a las de un enfoque al que denominamos en nuestro recorrido, psicosocial.

El enfoque teórico y el método fenomenológico que sustentan esta investigación, consideramos que rompe con una histórica tradición filosófica gnoseológica, aunque a su vez se apega a otra historia construida por la misma tradición; dicha diferencia encuentra una concordancia idónea con los principios freudianos ya mencionados. La fenomenología y el psicoanálisis en conjunción, dinamizan el concepto psicosocial, al grado de hacerlo suficientemente amplio para dar cabida a la enorme complejidad de voces que convergen en el tema de la vida humana y de su morbilidad.

La técnica de entrevista elegida para esta investigación es bastante común y referida en el ámbito académico; todo lo contrario para el concepto que elegimos para adaptarla, en vista de que la visión psicoanalítica presenta una peculiar visión de la vida, además de una buena dosis de abstracción en sus conceptos. Todo ello le ha valido en buena medida el desdén de las posturas biomédicas en favor de las posturas cognitivo-conductuales; esa realidad la hacía una herramienta teórico-epistemológica idónea para una lectura de la misma realidad, que ofreciera resultados diversos.

Un punto importante en esta reflexión lo ocupa el concepto subjetividad al que aludimos con gran frecuencia. En vista de que se trata de una cualidad exclusivamente humana, no es sustituible a ser identificada mecánicamente por ningún método de recolección de datos, por lo que el investigador debe prestar, durante los interrogatorios su propia subjetividad, transgrediendo para ello buena parte de los tradicionales criterios de objetividad o confirmabilidad. A pesar de que ello cierra la puerta a la posibilidad de generalizar los resultados, abre a su vez la puerta para explorar las grandes vicisitudes de la cualidad humana, y la gran riqueza que es posible encontrar entre un individuo y otro; encontramos que un aporte de nuestro

trabajo a la manera tradicional de concebir la ciencia y la búsqueda de generalización de resultados es que aquello identificado no aparecerá de la misma forma en todos los individuos, pero la científicidad a la que acudimos aquí es a la universalidad de los procesos dentro de los cuales podemos identificar el inconsciente humano y sus funciones y la narrativización del sufrimiento humano. Por todo ello resulta absurdo pretender identificar en los individuos conceptos idénticos, al menos no desde esta postura; por el contrario el investigador se verá obligado a dar por sentado la existencia de procesos en todos los individuos, pero la producción de dichos procesos deberán recolectarse en cada uno de ellos.

Respecto de la técnica de entrevista tal y como la utilizamos en este estudio, es necesario ser justos y mostrar tanto las virtudes como las debilidades de su utilización. Por una parte en la medida en que se trata de una técnica que prescinde de guías rectoras preestablecidas, pone a prueba la imparcialidad del entrevistador –quien forma parte de la imperfectibilidad humana–, en cuyo caso se encuentra en juego su propia subjetividad; ello abre un enorme abanico de lecturas al producto ofrecido como evidencia o conclusión, en la medida en que dichas otras lecturas provienen de una subjetividad distinta, tienen condicionantes preexistentes en la búsqueda de significaciones. Además de ello, dicha técnica de entrevista deja diversos temas –que podrían interesar en particular al entrevistador– fuera de la posibilidad de ser explorados; ello en los términos de una búsqueda preconcebida por el mismo investigador, si para ello recordamos lo dicho líneas arriba, queda relegado a segundo término, puesto que aquello que interesa, desde esta visión es el individuo, y en sus propios términos su palabra.

Aquello que podría salvar esos obstáculos es el conocimiento de los contextos teórico-conceptuales de los que proviene la técnica, para con ello prever cualquier equívoco en su aplicación.

Para abordar el tema de los hallazgos, es necesario primero abordar el tema del contexto teórico-epistemológico; a éste pretendimos construirlo desde una visión interdisciplinaria que nos dio la opción de servirnos de los elementos convocados para, en esos términos, expresar lo que encontrábamos en los testimonios de los participantes. Una vez que nos dimos a la tarea de interpretar los datos, optamos por darlos a conocer mediante un lenguaje que no favoreciera particularmente en demasía a una disciplina, sino en cambio utilizar en la medida de las posibilidades una terminología filosófica, en la medida en que cualquier disciplina tiene un vínculo originario con ésta, y cualquiera a su vez puede discriminar los términos que de ella

proviene. De esa manera términos como la otredad pretendieron ir más allá del término social o cultural. Es en esos términos que optamos por adoptar denominaciones que pudieran resultar inocuas a una disciplina en particular pero que sirven a una interdisciplinariedad.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (2008). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguilar Martínez, E. del C. (1986). *385 años de lucha por la tenencia de la tierra en San Bartolomé de los Llanos, hoy Venustiano Carranza. Estudio de caso*. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Alvarado, J. M. (2011). Salud mental en Bolivia. In *Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana* (pp. 85–89). Guadalajara: AMAYA.
- Álvarez, S. (2008). Conquista y encomienda en la Nueva Galicia durante la primera mitad del sigloXVI: “Bárbaros” y “civilizados” en las fronteras americanas. *Relaciones*, XXIX(116), 135–188. Retrieved from <http://www.colmich.edu.mx/files/relaciones/116/pdf/SalvadorAlvarez.pdf>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2002). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Educador Paidós.
- Arenas, A. (2002). Los nuevos síntomas y los callejones sin salida del sujeto. In *Metaphora* (Vol. 1, pp. 27–35). Guatemala: Metaphora. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2072-06962002000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Arrollo Garcia, S. R. (2004, March). Retrato de lo humano en el arte mesoamericano. *Arqueología Mexicana*, 16–21.
- Assoun, P.-L. (1998). *Introducción a la epistemología freudiana*. México D.F.: Siglo XXI.
- Augé, M. (1998). *Las formas del olvido*. Barcelona: Gedisa.
- Bachelard, G. (2011). *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. Estado de México: Siglo XXI.
- Balsalobre Hernández, B. Hernández-Godoy, J. (2004). Resistencia a antibióticos en *Listeria monocytogenes* y *Salmonella enterica* aislados de alimentos de origen animal. *Revista de Salud Ambiental*, 4, 42–46. Retrieved from <http://www.ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/348/300>
- Banegas Banegas, J.R.; Rodríguez Artalejo, F.; Graciani Pérez-Regadera, A.; Herruzo Cabrera, R.; del Rey Calero, J. (2008). Causalidad en epidemiología. In *Medicina preventiva y salud pública* (11th ed., p. 1390). Barcelona: Elsevier España.
- Bataillon, M. (1954). Pour l’Epistolario de Las Casas. Une lettre et un brouillon. *Bulletin Hispanique*, 56(4), 366–396. doi:10.3406/hispa.1954.3408

- Baudot, G. (1965). L'institution de la dîme pour les Indiens du Mexique. Remarques et documents. *Mélanges de La Casa de Velázquez*, 1(1), 167–221. doi:10.3406/casa.1965.930
- Beck, U. (2008). *Lógicas, dimensiones y consecuencias de la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal. *Journal of General Psychology*, 59–82. Retrieved from http://ww2.filo.uba.ar/contenidos/carreras/antropo/catedras/hist_teoría_antropologica/sitio/pdf/Benedict.pdf
- Berger, Peter .L.; Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beuchot, M. (1991). Bartolomé de las Casas, el humanismo indígena y los derechos humanos. *Cuadernos Del Instituto de Investigaciones Jurídicas de La UNAM*, 6(17), 37–48. Retrieved from <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/hisder/cont/6/est/est3.pdf>
- Biblia. (n.d.). *La Biblia : Antiguo testamento*. Buenos Aires: Dominio Público. Retrieved from [http://www.bibliacatolica.com.ara.com.ar/Biblia Catolica.pdf](http://www.bibliacatolica.com.ara.com.ar/Biblia%20Catolica.pdf)
- Bonzi, N. S., & Bravo Luna, M. B. (2008). Patrones de alimentación en escolares: Calidad versus cantidad. *Revista Medica de Rosario*, 74(1), 48–57. Retrieved from <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/bbb576Bonzi.pdf>
- Bourdieu, P. (1991a). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1991b). *La escuela según Pierre Bourdieu parte 1*. Francia.
- Bourdieu, Pierre. Chamboredon, Jean-Claude. Passeron, J.-C. (2011). *El oficio de sociólogo* (segunda.). Estado de México: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (1997). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)* (9a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (1999). *Goce*. México: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (2008). *La interpretación psicoanalítica*. México: Trillas.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder, teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Cabrera Fuentes, Juan Carlos.; Pons Bonals, L. (2010). El concepto de región: Una mirada desde la investigación educativa. In R. Pincemin Deliberos, Isabelle Sophia.; Magaña Ochoa, Jorge.; Santiago García (Ed.), *Estudios Regionales en el siglo XXI. Identidad, cultura y educación*. (pp. 169–192). Tuxtla Gutiérrez: UNACH.
- Camara, M. (1981). LA ENCOMIENDA DE SOR AGUEDA DEL PADRE ETERNO Y SOR FELICIANA DE SAN ANTONIO, EN CHIAPAS* Luis, XIII. Retrieved from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ecm/article/view/35891>

- Cassirer, E. (1972). *An Essay on Man: An introduction to a philosophy of Human Culture*. Yale University Press, 52. Retrieved from <http://sspa.boisestate.edu/anthropology/files/2010/08/CASSIRER-Science.pdf>
- Castaño González, L.; Vidal Puig, A. (2010). Diabetes Mellitus, patogenia. In *Farreras-Rozman Medicina Interna. Vol. II* (pp. 1958–1962). Barcelona: Elsevier, Inc.
- Castoriadis, C. (1997). El imaginario social instituyente. *Revista Zona Erógena*, 35, 1–9. Retrieved from [http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis Cornelius - El Imaginario Social Instituyente.pdf](http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf)
- Chemama, Roland; Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiquete, Erwin. Nuño González, Patricia. Panduro Cerda, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación En Salud. Universidad de Guadalajara, III*, 5–10. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
- Chumacero, A. (1955). El Pedro Páramo de Juan Rulfo. *Revista de La Universidad de México*, 10146, 25–26.
- CONEVAL, C. N. de E. de la P. de desarrollo S. (2011). *Diez municipios con mayor porcentaje de población en situación de pobreza. México, 2010. Medición de pobreza en los municipios de México, 2010*. México. Retrieved from [http://www.encuentra.gob.mx/APF?q=estado mayor pobreza&client=coneval](http://www.encuentra.gob.mx/APF?q=estado%20mayor%20pobreza&client=coneval)
- Craig, Grace.; Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico* (Octava.). México: Pearson.
- Csordas, T. J. (2007). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos. American Anthropological Association*, 18(1), 5–47.
- Cuarón, A. (2013). *Gravedad*. Estados Unidos/ Reino Unido: Warner Bros.
- David-Ménard, M. (2001). *Todo el placer es mío*. Barcelona: Paidós.
- De Vos, J. (1990). *No queremos ser cristianos: historia de la resistencia de los lacandones, 1530-1695, a través de testimonios españoles e indígenas*. México: Dirección General de publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- De Vos, J. (1992). La conquista de Chiapas. *Diccionario Temático CIESAS*, 879–881. Retrieved from [http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario CIESAS/TEMAS PDF/De Vos 35b.pdf](http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario%20CIESAS/TEMAS%20PDF/De%20Vos%2035b.pdf)
- De Vos, J. (1994). *Historia de los pueblos indígenas de México. Vivir en frontera. La experiencia de los indios de Chiapas*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social CIESAS.

- de Vos, J. (1996). *La paz de Dios y del Rey. La conquista de la Selva Lacandona (1525-1821)*. México: SEC Chiapas, Fondo de Cultura Económica.
- Devereux, G. (1985). *De la ansiedad al método de las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Díaz Barriga, Á. (1991). La entrevista a profundidad. *Tramas 3, UAM-X, 3*, 161–178. Retrieved from http://bidi.xoc.uam.mx/tabla_contenido_fasciculo.php?id_fasciculo=123
- Dor, J. (1997). *Introducción a la Lectura de Lacan El inconsciente estructurado como lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- Dorland. (2003). *Dorland diccionario enciclopédico ilustrado de medicina (29a. edici.)*. España: McGraw-Hill.Interamericana.
- Duch, L. (2002). *Antropología de la vida cotidiana, simbolismo y salud*. Madrid: Trota.
- Eroza, E., & Álvarez, C. (2008). Narrativas del padecimiento “ mental ”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México “ Mental ” illness narratives : arenas of debate related to social practices a. *Revista de Antropología Social Universidad Complutense de Madrid, 17*, 377–410.
- Eroza Solana, Enrique; Magaña Ochoa, J. (2010). Santos patronos y comunidad: Salud y Región. El caso de los Altos de Chiapas. In R. Pincemin Deliberios, Isabello Sophia.; Magaña Ochoa, Jorge.; Santiago Garcia (Ed.), *Estudios Regionales en el siglo XXI Identidad, Cultura y Educación* (pp. 61–80). Tuxtla Gutiérrez: UNACH.
- Eroza, Enrique; Álvarez Gordillo, G. del C. (2008). Narrativas del padecimiento mental arenas del debate Eroza. *Revista de Antropología Social, 17*, 377–410.
- Esteban, M. L. (2004). El estudio del cuerpo en las ciencias sociales. In *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio* (pp. 19–27). Barcelona: Bellaterra.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fábregas Puig, A. (2011). *Configuraciones regionales mexicanas. Un planteamiento antropológico*. México: Universidad Intercultural de Chiapas.
- Farmer, P. (2000). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Papeles de Población, 23*(Enero-marzo), 181–201. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx>
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology, 45*(3), 305–325.
- Fassin, E., & Fassin, D. (2013). De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques “traditionnelles” au Sénégal. *Cahiers d’Études Africaines, 28*(110), 207–231.

Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4392150>

- Feinmann, J. P. (2008). Hegel , dialéctica del Amo y el Esclavo. *La Filosofía Y El Barro de La Historia*, 1–4. Retrieved from <https://redespertando.files.wordpress.com/2010/11/hegel-dialc3a9ctica-del-amo-y-el-esclavo.pdf>
- Feldman, R. S. (2010). Funciones psíquicas. In *Psicología general. Paquete didáctico*. (pp. 307–553). México D.F.: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM.
- Ferrater Mora, J. (2002). Heidegger, Martin. In *Diccionario de grandes filósofos I (A-J)* (pp. 201–214). Madrid: Alianza.
- Ferrater Mora, J. (2009). Vida. In *Diccionario de filosofía* (2a. ed., pp. 3689–3694). Barcelona: Ariel.
- FID, F. I. de D. (2014). What is diabetes? *Qué es la diabetes*. Retrieved from <http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/what-is-diabetes>
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Freud, S. (1997). El yo y el llo. In *Sigmund Freud, obras completas vol. XIX* (pp. 1–66). Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1998a). El malestar en la cultura. In *Sigmund Freud, obras completas, vol. XXI* (2a. ed., pp. 57–140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1998b). El porvenir de una ilusión. In *Sigmund Freud, obras completas, vol. XXI* (2a. ed., pp. 1–55). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1998c). La interpretación de los sueños. In *Sigmund Freud, obras completas, vol. V* (pp. 345–747). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1998d). Pulsiones y destino de pulsión. In *Sigmund Freud, Obras completas, vol. XIV* (pp. 103– 134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1998e). Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). In *Sigmund Freud, obras completas. T. XII* (pp. 121–144). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1998f). Tres ensayos de teoría sexual. In *Sigmund Freud, obras completas, vol. VII* (pp. 109–224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1999). La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna. In *Sigmnd Freud. Obras*

- completas t. IX* (pp. 159–181). Buenos Aires: Amorrortu.
- García Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. México: Paidós.
- García Canclini, N. (2005). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa.
- García de Alba, Javier E., Salcedo, Ana L., López Coutiño, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos, mayo-agost*(21), 97–108. Retrieved from <http://www.ciesas.edu.mx/Desacatos/Ini.html>
- García Torres, Victor Manuel.; Casasa García, Patricia.; Sánchez Reyes, A. (2008). *Antropología social*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Giddens, A. (2007). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México, D.F.: Taurus.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giménez, G. (1997). La sociología de Pierre Bourdieu. *Instituto de Investigaciones Sociales de La UNAM*, 1–23.
- Giménez, G. (2001). Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas. *Alteridades*, 11(22), 5–14.
- González G., S. (2006, August 14). Las 20 farmacéuticas más grandes del mundo rehúsan cumplir códigos de ética. *La Jornada*. México. Retrieved from <http://www.jornada.unam.mx/2006/08/14/index.php?section=economia&article=026n2eco>
- González-Rey, F. L. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. México: McGraw-Hill.
- Good, B. (1977). The heart of what's the matter. The semantics of illness of Iran.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.
- Grande, B. C., Falcón, M. S. G., & Gándara, J. S. (2000). El Uso De Los Antibióticos En La Alimentación Animal: Perspectiva Actual. *Ciencia Y Tecnología Alimentaria*, 3(1), 39–47. doi:10.1080/11358120009487647
- Greenberg, R. S. (2002). *Epidemiología médica*. México: El Manual Moderno.
- Grosfoguel, R. (2012). El concepto de “racismo” en Michael Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? *Tabula Rasa, Enero-juni*(16), 79–102.
- Guerrero, P. (2004). Revistas médicas y conflicto de intereses con la industria farmacéutica. *Revista de Neurología*, 38(1), 1–2. Retrieved from

http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/AB_conflicto_intereses.pdf

- Guiteras Holmes, C. (1986). *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Habermas, J. (1986). *Ciencia y técnica como « ideología »*. Madrid: Letra e.
- Hegel, G. W. F. (2009). *Fenomenología del espíritu*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M. (2006). *Carta sobre el Humanismo*. Madrid: Alianza.
- Heidegger, M. (2012). *El ser y el tiempo* (2a ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández Aguado, I.; Gil de Miguel, A.; Delgado Rodríguez, M. (2011). *Manual de epidemiología y salud pública para grados de Ciencias de la Salud*. Madrid: Médica Panamericana.
- Horkheimer, M.; Adorno, T. W. (1971). *Dialéctica del iluminismo. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS*. Buenos Aires: Sur.
- INEGI. (2013). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. *Boletín de Prensa Num.* 389/13, 53(9), 1689–1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Ita, A. De. (1997). Impunidad local en el mercado global. Los maiceros entre el filo del gobierno mexicano y el libre comercio. *Ceccam*. Guadalajara. Retrieved from [http://ceccam.org/sites/default/files/maiceros_tlc\(1\).pdf](http://ceccam.org/sites/default/files/maiceros_tlc(1).pdf)
- Janik, Allan; Toulmin, S. (1998). *La Viena de Wittgenstein*. Madrid: Taurus.
- Javaloy, F. (1993). El paradigma de la identidad social en el estudio del comportamiento colectivo y de los movimientos sociales. *Psicothema*, 5(Suplemento), 277–286. Retrieved from <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7194/7058>
- Jiménez Abollado, F. L. (2000). Implantación y evolución de la encomienda en la provincia de Tabasco , 1522-1625. *Anuario de Estudios Americanos*, LVII(1), 13–39. Retrieved from http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CEMQFjAF&url=http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/download/257/261&ei=_nJXUtuPHMqfrAGK9YGoDQ&usg=AFQjCNFVgDCrxt73kwwZgUYHNYwBpY9jzg
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales, 5, 25–46.
- Juárez García, Arturo; Camacho Ávila, A. (2011). Reflexiones conceptuales de lo psicosocial en el trabajo. *Universidad Autónoma del Estado de México*. Retrieved from http://podcast.uaem.mx:16080/groups/editorialuaem/wiki/d5908/Reflexiones_te%C3%B3ricas-conceptuales_de_lo_psicosocial_en_el_trabajo.html

- Junge, P. (2001). Nuevos paradigmas en la antropología médica. ... *Presentada En El Cuarto Congreso de Antropología*. Retrieved from http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=1222
- Kirmayer, L. J. (1993). *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. (1987). Culture and clinical reality: commentary on culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry . An International Journal of Comparative Cross-Cultural Research*, 11(1), 49–52.
- Kleinman, A. (1998). Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. *The Tanner Lectures on Human Values. Stanford University*, 354–420.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2000). LA VIDA MORAL DE LOS QUE SUFREN ENFERMEDAD Y EL FRACASO EXISTENCIAL DE LA MEDICINA. *Department of Anthropology. Harvard University. William James Hall. Cambridge, Massachussets (USA)*., 17–26.
- Kleinman, A., & Url, S. (2013). What Kind of Model for the Anthropology of Medical Systems ? What Kind of Model for the Anthropology of Medical Systems ?, 80(3), 661–665.
- Kohler Riessman, C. (2002). Illness Narratives: Positioned Identities. *Health Communication Research Centre, Cardiff University*, (May), 1–35.
- Kojève, A. (1975). *La dialéctica del amo y del esclavo , en Hegel , comentada por Kojève*. Buenos Aires: Pléyade. Retrieved from http://www.sindominio.net/etcetera/PUBLICACIONES/minimas/62_Kojeve.pdf
- Labiano, M. (2010). Introducción a la psicología de la salud. In *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera., pp. 3–21). México, D.F.: Cengage Learning.
- Lacan, J. (1974). R.S.I. In *Lacan, seminarios del -1 al 27 sin textos establecidos*. Paris: Folio.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario de Jacques Lacan libro 4. La Relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2000). *Escritos 1* (21st ed.). Mexico: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2001). *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Laplanche, Jean; Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Leal, L. (1964). La estructura de Pedro Paramo. *Anuario de Letras*, 4(1955), 287–294.

- Lenkersdorf, G. (1991). Huellas de Fray Bartolome de las casas en Chiapas. *Cuadernos Del Centro de Investigaciones Juridicas de La UNAM Centro de Estudios Mayas Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM*, 281–301. Retrieved from <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1773/10.pdf>
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1988). *Tristes trópicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lewis, S. E. (2004). La guerra del posh, 1951-1954: un conflicto decisivo entre el Instituto Nacional Indigenista, el monopolio del alcohol y el Gobierno del Estado de Chiapas. *Mesoamérica*, 46, 110–134. Retrieved from <http://www.dialnet.unirioja.es>
- Lock, M. (1993). Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22, 133–55.
- López Austin, A. (2004a). *Cuerpo humano e ideología I*. México: UNAM.
- López Austin, A. (2004b). La composición de la persona en la tradición mesoamericana. *Arqueología Mexicana*, 30–35.
- López, F. G. (2013). *Topónimos de San Bartolomé de los Llanos*. Tuxtla Gutiérrez: Secretaría de Educación del Estado de Chiapas.
- López Ramos, S. (2002). *Lo corporal y lo psicosomático Aproximaciones y reflexiones*. México: Plaza y Valdez.
- López, LP; Romero, J.; Velázquez, L. (2008). Residuos de fármacos en alimentos de origen animal : panorama actual en Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 21, 121–135. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rccp/v21n1/v21n1a12.pdf>
- Lupton, D. (1996). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE.
- Magaña Ochoa, J. (2002). Enfermedad y tratamiento entre población indígena inmigrada en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social. *Relaciones. Estudios de Historia Y Sociedad. El Colegio de Michoacán A.C.*, XXIII(92), 195–226. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/137/13709209.pdf>
- Magaña Ochoa, J. (2013). El suicidio en el mundo indígena: el caso de jóvenes indígenas en los Altos, Chiapas. In *Estudios culturales. Prácticas diversas, enfoques pluralistas* (pp. 237–253). México: Universidad Autónoma Metropolitana. Retrieved from http://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/649/Estudios_culturales_practicas_diversas.pdf
- Magaña Ochoa, Jorge; Pincemin Deliberos, Isabelle Sophia; Santiago García, R. (2010).

- Presentación. In I. S. P. D. J. M. O. R. S. García (Ed.), *Estudios regionales en el siglo XXI. Identidad, Cultura y Educación* (pp. 5–10). Tuxtla Gutiérrez: Universidad Autónoma de Chiapas.
- Mannoni, O. (1997). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez González, Roberto.; Barona, C. (2015). La noción de persona en Mesoamérica: un diálogo de perspectivas. *Anales de Antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM*, 49(II), 13–72. Retrieved from <http://revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/50681>
- Mauss, M. (1996). Las técnicas del cuerpo [1934]. In S. Cray, Jonathan.; Kwinter (Ed.), *Incorporaciones I* (pp. 385–407). Madrid: Cátedra.
- Max-neef, M. A. (2004, August). Fundamentos de la transdisciplinaridad. *Universidad Austral de Chile*, 1–22.
- Mead, M. (1956). Investigación sobre los niños primitivos. In *Manual de Psicología infantil* (pp. 836–875). Buenos Aires: El Ateneo.
- Medina, A. (1995). Presentación (atisbos, cabos sueltos y otras manías). In *San Bartolomé de los Llanos en la escritura de un etnógrafo. 1960-1961 Diario de campo. Venustiano Carranza, Chiapas* (p. 521). Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado de Chiapas. Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas.
- Medina Montañez, María Victoria; Layne Bernal, Benilda; Galeano Heredia, María del Pilar; Lozada Puerto, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia Y Retos*, 12(octubre), 177–189.
- Mendoza Martínez, V. M. (2013). EL “BIG CRUNCH” DE LA TRANSDISCIPLINA. *Razón Y Palabra*, 81, 20.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿ Qué es medicina tradicional ? *Redalyc*, 4(7), 71–83. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?Cve=74711357008>
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37–68.
- Menéndez, E. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, 11(UAM-Izt), 5–39. Retrieved from Alte@xanum.uam.mx
- Molina Ludy, V. (1994). Antropología de la ciudad pequeña. *El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Y de Desarrollo Urbano. Mayo-Agosto 2009*, 357–364. Retrieved from http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/T4FXSIPHA3BUM34E3

- Molina, V. (1976). *San Bartolomé de los Llanos: una urbanización frenada*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Montiel, G. (1985). *Investigando el origen de la marimba*. México: El Autor.
- Morales Avendaño, J. M. (1977). *Rincones de Chiapas. Evolución y tenencia de la tierra en San Bartolomé de los Llanos*. Venustiano Carranza: Morales Avendaño.
- Morales Avendaño, J. M. (2005). *Ensayo monográfico sobre San Bartolomé de los Llanos*. Tuxtla Gutiérrez: CONACULTA/CONECULTA.
- Morales, H. (1994). *Yucundo. Lamento por una ribera*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado de Chiapas/ Instituto Chiapaneco de Cultura.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (1998). Sobre la interdisciplinariedad. *Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires (CIRET)*. Paris: CIRET. Retrieved from www.pensamientocomplejo.com.ar
- Morin, E. (2003). La cultura, en la globalización. *Diario Clarín*, VII(2542), 3. Retrieved from www.pensamientoComplejo.com.ar
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Moynihan, R. (2007, November 13). “Inventa” enfermedades la industria farmacéutica. *La Jornada*. México. Retrieved from <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/13/index.php?section=ciencias&article=a03n1cie>
- Mummert, G. (1998). Repensar la salud-enfermedad-atención en México desde las ciencias sociales. *Revelaciones* 74, 16–33.
- Musetti, D. D. (2006). La Ethnopsy , Ethnopsiquiatría o Psiquiatría Transcultural. *Bobigny: Association Internationale d’EthnoPsychanalyse, noviembre*, 1–7. Retrieved from http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPtextesenligne_musetti_ethnopsy.htm
- Naranjo, J. R. (2004). La ecología profunda y el Popol Vuh. *Anales de Literatura Hispanoamericana*, 33, 85–100. Retrieved from <http://revistas.ucm.es/index.php/ALHI/article/viewFile/ALHI0404110085A/21967>
- Ortega Cerrilla, Ma. E.; Arellano Martínez, L. G.; Morales Meinders, M. (1988). Empleo de antibióticos en alimentos para animales y sus consecuencias sobre la salud pública. *La Rev. Invest. Clin (Méx)*, 40, 463–472. Retrieved from <http://dspace.biblioteca-innsz.org/bitstream/handle/123456789/22773/1674H.pdf?sequence=1>
- Ots, T. (1990). The angry liver, the anxious heart and the melancholy spleen. The

- Phenomenology of Perceptions in Chinese Culture. *Culture, Medicine and Psychiatry . An International Journal of Comparative Cross-Cultural Research*, 14, 21–58.
- Paniagua, A. (1983). Chiapas en la coyuntura centroamericana. *Cuadernos Políticos*, 38, 36–54. Retrieved from <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.38/CP38.5AliciaPaniagua.pdf>
- Paz, O. (1997). *Libertad bajo palabra. Obra poética (1935-1957)* (3a. ed.). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez B, F. (2009). EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 20(5), 565–571. Retrieved from <http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/revista.htm>
- Petras, J. (1999). *Globalización. Una crítica epistemológica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Plenge-Tellechea, Fernando; Sierra-Fonseca, Jorge Anibal; Castillo-Sosa, Y. A. (2007). Riesgos a la salud humana causados por plaguicidas. *Tecnociencia Chihuahua*, 1(3), 4–6. Retrieved from <http://desarrollandome.net/ambiens/plaguicidas/archivos/riesgos-a-la-salud-humana-causados-por-plaguicidas-2007.pdf>
- Poblett, M. (1999). *Narraciones chiapanecas. Viajeros extranjeros en los siglos XVI-XIX*. Tuxtla Gutiérrez: CONECULTA CHIAPAS.
- Poss, J., & Jezewski, M. A. (2002). The Role and Meaning of Susto in Mexican Americans ' Explanatory Model of Type 2 Diabetes. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 360–377. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25487772>
- Powers, A. (2009). Diabetes mellitus. In *Harrison. Principios de Medicina Interna* (17a. ed., p. 2754). China: McGraw-Hill.
- Pujadas, J. (2003). Biografía de una frontera. Procesos de globalización en dos enclaves pirenaicos: Andorra y Cerdeña. In *Las expresiones locales de la globalización: México y España. Carmen Bueno y Encarnación Aguilar (Coords)*. México: CIESAS, uNIVERSIDAD iBEROAMERICANA, PORRUA.
- Rachel, A. B., Mireille, B., Annick, T., & Isabelle, G. (2009). Le diabète, une épidémie mondiale? Construcion et qualification d'un fait épidémiologique. *HAL Hyper Articles En Ligne. CCSD Centre Pour La Communication Scientifique Directe*, 1–12. Retrieved from <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00435078>
- Ramírez Campos, M. A. (2014). La industria de los medicamentos, el negocio que lucra con la enfermedad. *Rev. Enferm. Vanguard*, 2(1), 98–113. Retrieved from

- <http://alavanguardia.unica.edu.pe/index.php/revan/article/view/42/42>
- Ramírez, L. (2006). Mundo Pecuario , Vol . II , N° 3 , 80-82 , 2006. *Mundo Pecuario*, II(3), 80–82. Retrieved from <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21971/2/articulo8.pdf>
- Renard, M. C. (1998). *Los Llamos en Llamas: San Bartolomé Chiapas*. México: Universidad Autónoma de Chapingo.
- Ricoeur, P. (2012). *Freud: una interpretación de la cultura*. México D.F.: Siglo XXI.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna. Teoría sociológica moderna*. México: McGraw-Hill.
- Robledo Santiago, E. (2007). *Lecturas chiapanecas*. Tuxtla Gutiérrez: CONECULTA CHIAPAS.
- Rodríguez, R. (2014, September 15). Dinero social genera obesidad en beneficiarios. *El Universal.com.mx*. México. Retrieved from <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/dinero-social-genera-obesidad-en-beneficiarios-1038222.html>
- Roudinesco, E. (2009). *Pourquoi la psychanalyse?* Paris: Flammarion.
- Roudinesco, É. (2012). *Lacan, frente y contra todo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ruiz, L. R. (2006). Tierra y cosmovisión tsotsil : una mirada a la dominación jkaxlan en San Andrés Larráinzar , Chiapas. *Estudios Mesoamericanos*, 61–69. Retrieved from http://www.iifilologicas.unam.mx/estmesoam/uploads/Vol%C3%BAmenes/Volumen7/tsotsil_lucas_ruiz.pdf
- Ruiz, V. (2011). *Rosario Castellanos et l'altérité indienne dans la "trilogie du Chiapas": Une vision ethnocentrique de l'indien mexicain*. Université du Sud Toulon-Var. Retrieved from <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00596305/>
- Rulfo, J. (2013). *Pedro Páramo*. México: RM.
- Ruz, M. H. (2004). De cuerpos floridos y envolturas de pecado. *Arqueología Mexicana*, 22–27.
- Sabines, J. (2012). *Antología poética*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Salazar, G. (2013). La institución frente a la cultura de atención a la salud. *Ier Congreso Internacional Chiapas Y Los Estudios Culturales*. Tuxtla Gutiérrez: Universidad Autónoma de Chiapas.
- Salovesh, M. (1965). Pautas de residencia y estratificación entre los mayas: algunas perspectivas de San Bartolome, Chiapas. *Estudios de Cultura Maya*, V, 317–337. Retrieved from <http://www.iifilologicas.unam.mx/estculmaya>
- Saltijeral, Jorge; Córdova, Alejandro; Pérez, J. F. (2003). Producción animal sustentable. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Retrieved from

<http://ambiental.uaslp.mx/foroslp/cd/M-SaltijeralYetal-021009.pdf>

- Sandín Esteban, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en Educación*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
- Santos, U. (2005). *Agua desbocada*. Tuxtla Gutiérrez: CONACULTA/CONECULTA.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayo sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- SEGOB, C. (2012). Compendio de Información Estadística y Geográfica de Chiapas CIEGC. Tuxtla Gutiérrez: Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas. Retrieved from www.ceieg.chiapas.gob.mx
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida (el stress)*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Sen, A. (2007). *Identidad y violencia, la ilusión del destino*. Madrid: Katz.
- Shelley, M. W. (2010). *Frankenstein*. India: Editores Mexicanos Unidos S.A.
- Sotolongo Codina, Pedro Luis; Delgado Díaz, C. J. (2006). La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes. In *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo* (pp. 65–77). Buenos Aires: CLACSO. Retrieved from <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/capitulo IV.pdf>
- SSA. (2012). PROGRAMA INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD 2007-2012. *Secretaría de Salud Del Estado de Chiapas*, 1–69.
- SSA. (2015). Impuesto al refresco y bebidas con azúcares añadidas. *Boletín Epidemiológico. Secretaría de Salud*, 13(32), 68.
- Stavrakakis, Y. (2007). *Lacan y lo político*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Suárez Romero, M. Á. (2002). La situación jurídica del indio durante la conquista española en América. Una visión de la incipiente doctrina y legislación de la época tendiente al reconocimiento de derechos humanos. *Biblioteca Jurídica Virtual Del Instituto de Investigaciones Jurídicas de La UNAM*, 12–23. Retrieved from <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/242/art/art10.pdf>
- Susser, M. (1990). Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. *Psychological Medicine*. Great Britain: Psychological Medicine. doi:10.1017/S0033291700016974
- Sylvan, L. (2001). Oferta Alimentaria: Los Consumidores Y Sus Expectativas. *Acta Bioethica*,

7(2), 213–223. doi:10.4067/S1726-569X2001000200003

- Tate, C. E. (2004). Cuerpo, cosmos y género. *Arqueología Mexicana*, 36–41.
- Taylor, S.J.; Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (13th ed.). Barcelona: Paidós.
- Trens, M. B. (1999). *Historia de Chiapas III. Desde los tiempos más remotos hasta la caída del Segundo Imperio*. Tuxtla Gutiérrez: Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas (CONECULTA).
- Tubert, S. (1999). *Malestar en la palabra. El pensamiento crítico de Freud y la Viena de su tiempo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Turner, B. S. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: SAGE.
- van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 186, 23–36.
- Varona, M., Henao, G. L., Díaz, S., Lancheros, A., Murcia, Á., Rodríguez, N., & Álvarez, V. H. (2009). Evaluación de los efectos del glifosato y otros plaguicidas en la salud humana en zonas objeto del programa de erradicación de cultivos ilícitos. *Biomédica*, 29, 456–75. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v29n3/v29n3a14.pdf>
- Vásquez Zárate, S. (2000). *Calixta Guiteras Holmes. Recuerdo de Calixta Guiteras Holmes (1905-1988)*. Xalapa: Cultura de Veracruz. Retrieved from <http://148.226.12.104/bitstream/123456789/646/1/2001118P186.pdf>
- Vela Peón, F. (2014). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. In *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (pp. 63–93). El Colegio de México/FLACSO México. Retrieved from http://www.textosdigitales1.com.ar/CP/CICLO_BASICCO/3.017_-_Fundamentos_Tecnicos/Torres_-_Observar_Escuchar_y_Comprender.pdf
- Vergara Quintero, M. del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 41–50.
- Viqueira, J. P. (1994). Tributo y sociedad en chiapas (1680-1721). *Historia Mexicana*, 174(2), 237–267. Retrieved from http://scholar.google.es/scholar?start=170&q=San+Bartolomé+de+los+Llanos&hl=es&as_sdt=0,5
- Viqueira, J. P. (2009). Cuando no florecen las ciudades : La urbanización tardía e insuficiente de. *Ciudades Mexicanas Del Siglo XX. Siete Estudios Historicos*. Retrieved from http://www.implancomitan.org.mx/files/Cuando_no_florecen_las_ciudades.pdf
- Wassertrom, R. (1992). *Clase y sociedad en el Centro de Chiapas*. México: Fondo de Cultura

Económica.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*. Department of Anthropology, Case Western Reserve University, 257–85.

Zizek, S. (2001). *El espinoso sujeto. El centro ausente de la ontología política*. Buenos Aires: Amorrortu.

Zizek, S. (2003). *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Zizek, S. (2006). *Órganos sin cuerpo Sobre Deleuze y consecuencias*. Valencia: Pre-textos.

Zizek, S. (2013). *Cómo Leer a Lacan*. Buenos Aires: Paidós.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Capítulo I

- Ilustración 1. La planeación gubernamental para la atención de la pobreza está teniendo resultados contraproducentes, ya que la población basa su alimentación en galletas, sopas instantáneas y refrescos. Ilustración de EKO tomada de eluniversal.com.mx (2014)26
- Ilustración 2. Cartel de la FID que responde a la pregunta ¿qué es la diabetes? (FID, 2014).29
- Ilustración 3. Esquematación topográfica de la interacción del sujeto con lo social. Ambos elementos se encuentran en una conjunción inevitable; lo individual no es lo social, aunque lo individual comprende elementos de lo social y viceversa.44
- Ilustración 4. Concepto de enfermedad biomédica –en rojo–, que se refiere exclusivamente a lo que el término *Disease* (enfermedad) de la visión socioantropológica médica; mientras que el fenómeno mórbido –en negro–, hace referencia a la visión psicoanalítica de síntoma o a la dimensión del padecimiento y el malestar.66
- Ilustración 5. Las disciplinas de las cuales provienen los diferentes conceptos que componen nuestro constructo psicosocial, dicha imagen liga nuestro concepto que se ubica al centro, con las vertientes que lo alimentan en la periferia.89
- Ilustración 6. Conexión interdisciplinaria existente previamente a la interconexión que emana de nuestro análisis teórico-conceptual90

Capítulo II

- Ilustración 7. Regiones de Chiapas y las modalidades en que ofrendaban. Tomada de (Viqueira, 1994)..... 106
- Ilustración 8. Cuadro de la explotación, en el que interaccionan los explotadores (al exterior) y los explotados (al centro). La población indígena era la única entidad que no se beneficiaba de esa interacción.107
- Ilustración 9. modificaciones en los actores de la interrelación entre explotadores y explotados119
- Ilustración 10. Municipio de Venustiano Carranza con la zonas inundadas por el vaso de la Central hidroeléctrica "Belisario Domínguez" La Angostura. Elaboración propia con datos de INEGI, (2014).124

Capítulo VI

Ilustración 11. La individualidad comprende la integración de los elementos de la existencia bio-psico-social. La existencia actualiza la realidad ante el ajuste de cualquiera de esas entidades..	391
Ilustración 12. El <i>Tragar y beber / Reciprocidad en la otredad</i> tiene lugar en el seno del grupo social entre las singularidades de los individuos que pueden considerarse también parte de las significaciones del grupo social.	392
Ilustración 13. Esquematización del proceso en esta cualidad psicosocial; en el que las singularidades encuentran cierta alineación y con ello comunicación; la presencia en uno y otro ordena la existencia de uno o de otro.	394

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Capítulo II

Fotografía 1. Gran extensión llana colindante al ingenio Pujiltic ubicada en la depresión central de Chiapas; en la que se siembra caña de azúcar para abastecer la producción azucarera; al fondo una pared montañosa detrás de la cual se encuentra el vaso de la presa.	100
Fotografía 2. Pintas que es posible encontrar frecuentemente en la localidad, algunas realizadas durante las marchas de comuneros. Fotografía propia	123
Fotografía 3. Vivienda incendiada para desalojar a sus habitantes, durante los disturbios del mes de junio de 2013.	127
Fotografía 4. Cuerpo policíaco que pretendía impedir el paso de un contingente de campesinos, de los cuales buen número provenían de Carranza, para protestar por la falta de respuesta a la petición de ajuste al precio de compra de la tonelada de maíz.	128
Fotografía 5. Cuartel de policía sectorial (Estatad), incendiado después de enfrentamiento entre protestantes que se dirigían a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.....	129
Fotografía 6A, B y C. Presidencia municipal y Antiguo edificio de Ayuntamiento indígena en Iltamas.	130
Fotografía 7. a, b y c. Fotografías del momento en que los edificios públicos fueron incendiados	130
Fotografía 8. Centro de salud, antiguamente el único centro de atención médica público	131

Fotografía 9. Panorámica nocturna del centro de la ciudad, al fondo en el lado izquierdo la presidencia municipal, a la derecha de ésta el parque central, detrás de éste la iglesia San Bartolomé.....	132
Fotografía 10. Santuario del Señor del Pozo, lugar donde se ubica la aparición del Santo.....	133
Fotografía 11. La marimba Reina Totic tocando una tarde de agosto de 2013. Fotografía propia	137
Fotografía 12. A lo lejos entre el cielo azul nublado y el color verde oscuro de la vegetación, una delgada franja que se extiende de lado a lado de la fotografía, se encuentra el vaso de la presa la Angustura.	147
Fotografía 13. Fragmento de carretera dentro de la zona cañera cercana a la localidad de Pujiltic, perteneciente al Municipio de Venustiano Carranza.....	147
Fotografía 14. Ingenio Pujiltic, al fondo nave industrial donde se ubica el complejo	148
Fotografía 15. Hospital Rural "Venustiano Carranza" vista desde la carretera Tuxtla Gutiérrez-Comitán.....	149
Fotografía 16. Cabecera municipal de Venustiano Carranza. Vista desde la carretera estatal en la que se encuentra el hospital. En el extremo izquierdo edificio amarillo que sobresale: la presidencia municipal.....	150
Fotografía 17. Área de Consulta externa, lugar donde se ubican los consultorios y sala de espera de pacientes.	152
Fotografía 18. Encuentro juvenil regional realizado en Chiapilla. En que participó el grupo de adolescentes de Venustiano Carranza.	153
Fotografía 19. Paciente hospitalizada por descompensación diabética.....	154
Fotografía 23. Mazorcas con rostros humanos. Templo Rojo Cacaxtla, Tlaxcala Tomada de http://mexicocooks.typepad.com/.a/6a00d8341c571453ef01761752e922970c-800wi	166
Fotografía 20	174
Fotografía 21	174
Fotografía 22.Las tres fotografías muestran los innumerables baches, y con ello el estado de las carreteras en la localidad.....	174
Fotografía 26. Grupo de sujetos durante entrevista de discusión grupal. De izquierda.....	205

LISTA DE TABLAS DE CONTENIDO

Capítulo II

Tabla 1. Municipios que conforman la Región socioeconómica De Los Llanos.....99

Tabla 2. Enfermedades, plagas y localidades afectadas en Chiapas (López, 2013, pp. 102-103).
.....110

Capítulo IV

Tabla 3. Antecedentes categoriales de las categorías analíticas hospitalarias282

Tabla 4. Categorías analíticas hospitalarias286

Capítulo VI

Tabla 5. Categorías analíticas hospitalarias emanadas de la entrevista a trabajadores del hospital, y cualidades de lo psicosocial emanadas de entrevistas a personas con diabetes; además de algunos detalles sobre su aplicación.....387

APÉNDICES

1. Guión de entrevista semiestructurada a personal de profesión biomédica

Entrevista a médico internista

BIOMÉDICO

1. ¿Qué es la Diabetes Mellitus (DM)?
2. ¿es más común en hombres o en mujeres, es así en V.Carranza?
3. ¿biológicamente es posible identificar fenómenos o fases previas al surgimiento de DM?
4. ¿qué es insulino resistencia?
5. ¿Cuál es el vínculo entre la obesidad y DM?
6. ¿Han habido cambios los últimos años en cómo se presenta la DM?
7. ¿En qué situación se encuentra actualmente el saber biomédico respecto de la enfermedad DM?

PSICOSOCIAL

1. ¿En todas las personas tiene es un *fuerte impacto afectivo* recibir el dx de DM?
2. ¿En la atención de los pacientes del H. V.C. observa alguna *circunstancia particular* que caracterice su manera de vivir con DM?
2. ¿a qué *causas no-biomédicas* atribuyen los pacientes tener DM?
3. ¿Es posible pensar en una relación entre *conflicto psicosocial* y *descontrol diabético*?
4. ¿la atención *médica tradicional*, o *remedios caseros* ayudan o interfieren en la salud del paciente diabético?
5. ¿Qué hábitos cotidianos (incluyendo alimenticios) favorecen el surgimiento o agravamiento de DM?
6. ¿es más común la DM en poblaciones urbanas o en rurales?
7. ¿Qué efecto tiene al aspecto psicosocial del paciente la hospitalización por afecciones relacionadas con DM? –riesgo de infecciones intrahospitalarias, etc–
8. ¿Es posible identificar algún patrón comportamental en VC acerca de la manera en que la familia responde ante el familiar diabético?

2. Guión de entrevista semiestructurada a personal no-médico del área médica

Entrevista a personal Hospital “Venustiano Carranza”.

Nombre:

Función laboral:

1. ¿Qué es la diabetes mellitus?
2. ¿Qué relación tiene su función en la clínica/hospital en relación a la DM?
3. ¿De qué manera es atendida la DM en la clínica/hospital?
4. ¿Puede identificar alguna característica que identifique a las personas con DM? P.ej. actitud, tristeza, debilidad, inasistencia, muerte.
5. ¿Qué opinión tiene la población en general sobre la enfermedad?
6. ¿La comida tradicional de la región de Carranza favorece que haya mucha DM?
7. ¿Ha escuchado de alguna forma no-científica que las personas tienen de tratarse la DM?
8. ¿Es posible observar alguna diferencia en la actitud del personal de la clínica/hospital respecto a personas con DM, a diferencia de personas con otra enfermedad?
9. ¿Últimamente ha disminuido, se ha mantenido o ha aumentado el número de personas con DM?
10. ¿La persona con DM por lo general coopera o no coopera con las indicaciones del personal médico respecto de su enfermedad?
11. ¿Es, una enfermedad como la DM, un problema para la población de V.Carranza?

3. Guión de entrevista a cronistas de la localidad

Entrevista sobre historia de Venustiano Carranza

1. Origen y fecha del actual Venustiano Carranza
2. ¿Habla tsotsil?
3. Enfermedades en la historia de la localidad: Mal del pinto, Cólera, ...
4. Fechas históricas alusivas al pueblo (religiosas, revolucionarias, artísticas, fundacionales, luctuosas, etc.)
5. Cuándo comienzan a llegar los objetos de la modernidad a Venustiano Carranza (hubo una pista de aterrizaje de avioneta ante la ausencia de carreteras): automóviles, electricidad, hospital, escuelas
6. Eventos de las luchas de la revolución y el mapachismo.
7. Construcción del Ingenio Pujilic
8. Construcción de la carretera estatal Tuxtla-Comitán
9. Construcción de la Central hidroeléctrica “Belisario Domínguez”
10. Construcción de la Clínica de campo
11. Creación del movimiento comunero como hoy lo conocemos.
12. Construcción de las escuelas secundarias, preparatorias y la reciente universidad.