



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR
ÁREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ECONOMÍA

TESIS

Marea de glucosa

Apuntes sociológicos para el estudio y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el municipio de La Paz Baja California Sur-México.

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA:

Eduardo Michel Aguirre Martínez

DIRECTORA:

Dra. Lorella Guadalupe Castorena Davis

LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR, (junio, 2020)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR
ÁREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ECONOMÍA

TESIS

Marea de glucosa

Apuntes sociológicos para el estudio y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el municipio de La Paz Baja California Sur-México.

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA:

Eduardo Michel Aguirre Martínez

DIRECTORA:

Dra. Lorella Guadalupe Castorena Davis

LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR, (junio, 2020)



FORMATO DP-EGD-001 DICTAMEN DE TESIS

PROYECTO TERMINAL Fecha: 25 / junio / 2020

DR. PLACIDO ROBERTO CRUZ CHAVEZ
JEFE/A DEL DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE
ECONOMÍA

Correo electrónico (pcruz@uabcs.mx)

Por este conducto, quienes integramos el Comité Académico Asesor del/la alumno/a:

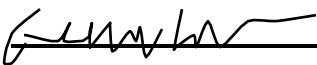
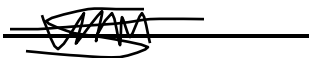

Eduardo Michel Aguirre Martínez

quien presentó una tesis/proyecto terminal titulado:

Marea de Glucosa. Apuntes sociológicos para el estudio y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el municipio de La Paz Baja California Sur- México.

otorgamos nuestro voto aprobatorio y consideramos que dicho trabajo está listo para ser presentado y defendido en examen de grado (**modalidad a distancia**) del Programa de Maestría: **en Ciencias Sociales.**

COMITÉ ACADÉMICO ASESOR

Nombre	Firma	
<u>Dra. Lorella Guadalupe Castorena Davis</u>		Director de Tesis
<u>Dr. Luis Arturo Torres Rojo</u>		Asesor(a)
<u>D. en C. Andrea Alvarez Villaseñor</u>		Asesor(a)

C.c.p. Programa de Posgrado.
C.c.p. Comité Académico Asesor.
C.c.p. Alumna/o.
C.c.p. Expediente.

Agradecimientos y dedicatoria.

No preguntes que enfermedad tiene una persona, sino a que persona elige una enfermedad. William Osler.

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirme ser parte del grupo de becarios de investigación. A los pacientes y personal multidisciplinario del programa DiabetIMSS, del Hospital General de Zona +MF No. 1 de La Paz, Baja California Sur por brindar las facilidades para el desarrollo de este proyecto.

De igual forma extendiendo mi gratitud al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y a la Universidad Autónoma de Baja California Sur por concederme la oportunidad de realizar este esfuerzo de investigación en el programa de maestría en ciencias sociales (DESyGLO) adscrito al Programa Nacional de Posgrados de Calidad. Espero que esta tesis haga justicia a todo el apoyo que me brindaron como instituciones. También agradezco a mi directora Lorella por confiar en mí, aceptarme como estudiante y así poder conocer esta hermosa ciudad paceña donde aprendí a ser un mejor sociólogo y persona, pero también a disfrutar la vida en plenitud.

Este trabajo lo dedico a la memoria de mis tías: Mercedes y Rosa que padecieron DM2 y murieron antes de que pudiera estudiar esta enfermedad desde mi profesión, este fue el principal motivo para extender las fronteras de la sociología hacia la medicina para intentar generar respuestas, o al menos mejores preguntas sobre los ciclos humanos de sanidad y enfermedad. También lo dedico a mi mamá Elena por todo su apoyo, confianza y cariño desde los inicios de mi carrera universitaria hasta hoy. A Jaqueline mi muy amada compañera de vida por seguir compartiendo la vida juntos, este es un logro más con ella.

A mis compañeras caninas que me reconfortan en casa, sin ellas la vida sería menos afable.

A las cinco mujeres y los cinco hombres cuyas historias se relatan aquí.

Índice.

Introducción.	1
Capítulo I. Conceptualización para el estudio social de la DM2.	5
Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).	5
Némesis médica.	9
Epidemiología convencional y epidemiología social.....	16
Dieta y cultura como <i>pharmakon</i> - <i>La dosis hace al veneno</i> -.....	21
Estatus de grupo y estilo de vida.	25
El sentido social del gusto.	26
El Kapital egoísta.	27
El sistema sexo-género y la salud.	33
Nocividad estructural.	36
El sistema automático de máquinas y el cerebro adicto.	38
Capitulo II. Hacia el templo de Esculapio.	44
Buscando indicios.....	44
Procedimiento.	48
Aspectos éticos.....	51
Capitulo III. Pequeños placeres y grandes consecuencias.	52
La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como problema de salud pública en La Paz.	52
El modelo de DiabetIMSS.	55
Etiología social por caso.	59
Conclusiones.	106
Anexo.	111
Bibliografía.	118

RESUMEN.

Desde el año 2000 la diabetes se encuentra entre los principales problemas de salud pública según (Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al, 2018). La tasa de prevalencia de diabetes en Baja California Sur (BCS) es de las más altas del país 8.4% con tendencia de crecimiento en grupos de edad menores de 20 años pues a nivel nacional el Estado sudcaliforniano es el segundo lugar en diabetes infantil y el tercero en diabetes mellitus tipo 2. Lo anterior se observa en la epidemia de DM2 del municipio de La Paz pues existen 11,500 casos confirmados de personas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en una población de menos de 260,000 habitantes.

Por esta razón, el objetivo es identificar los agentes de transmisión de la enfermedad en el medio sociopolítico mediante el establecimiento de una relación entre estilo de vida, dieta, adicción y evolución de la DM2 en personas adscritas a grupos del turno matutino de DiabetIMSS en el Hospital General de Zona + Medicina Familiar No. 1 del municipio de La Paz BCS en el año 2019. En este sentido, el trabajo de campo se realizó en el (HGZ+MF No.1) con previa autorización del Comité local de investigación en salud 301 del IMSS.

Se realizó en 10 personas bajo un perfil y en apego a los principios de Belmont, la declaración de Helsinki y la ley general de salud vigente. La metodología consiste en dos técnicas con métodos cualitativos y cuantitativos: La primera es de diseño propio y genera información periódica sobre los hábitos condicionales de las personas, básicamente combina la entrevista semiestructurada e historia de vida por lo que se intituló: protocolo de entrevista compuesta para epidemiología social (PECES). La segunda es el análisis de bases de datos e historia clínica para medir la evolución de DM2 en cada caso mediante sus indicadores bioquímicos.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, sociología médica, epidemiología social.

Introducción.

Antecedentes de la sociología de la medicina sobre investigaciones en salud y enfermedades se pueden encontrar en autores clásicos como Weber, Marx y Durkheim. Durkheim analizó las tasas de suicidio en 1897 y mostró que el suicidio era el resultado de una o varias disrupciones en la cohesión social como el divorcio. Marx junto con Engels relacionaron el estado de salud deficiente de la clase obrera inglesa con el capitalismo en 1873 y Weber hizo énfasis en la importancia de comprender la intencionalidad de la conducta humana orientada con base en valores y estilos de vida. No obstante:

La sociología de la medicina se estableció como disciplina especializada principalmente en EE. UU. en los años 40. La primera utilización del término *sociología de la medicina* apareció en 1984 en un artículo escrito por Charles Mckintire en el que subrayó la importancia de los factores sociales en la salud. Otros trabajos de los inicios incluyen ensayos sobre la relación entre la medicina y la sociedad, en 1902 de Elizabeth Blackwell, la primera mujer licenciada en Medicina en los EE. UU. [...] sin embargo, estas publicaciones pioneras eran fruto de trabajo de personas más preocupadas por la medicina que por la sociología, y es Bernard Stern, quien en 1927 publicó la primera obra desde una perspectiva sociológica titulada *Social Factors in Medical Progress*. A continuación, siguieron algunas publicaciones en los años 30, como, por ejemplo, el artículo de Lawrence Henderson en 1935 sobre el médico y el paciente como sistema social. (Cockerham, 2002: 12)

El primer enlace entre la sociología y la medicina fue en 1939 con la nueva práctica médica de la psiquiatría donde sociólogos y psicólogos convergieron en que la salud mental se relaciona directamente con factores sociales y la estructura de clases de determinada sociedad. Observaron que la clase más pobre de las urbes padecía en mayor proporción e intensidad trastornos psiquiátricos. Desde entonces la sociología de la medicina en Estados Unidos se dirigió más a la solución de problemas prácticos que al desarrollo de teoría.

Para principios del siglo XX la sociología tenía cubiertos diversos temas relacionados con instituciones sociales como la religión, la política, la economía, incluso el derecho. Respecto a la medicina los sociólogos no la estudiaban -como si no formara parte de la sociedad-, era un templo sagrado inmovible e improfanable para la ciencia social.

Fue hasta después de la segunda guerra mundial que la sociología de la medicina se abrió camino en EE. UU., en gran parte gracias a los autores mencionados anteriormente y a Parsons, el sociólogo funcionalista ferozmente criticado por culturalistas debido a sus pretensiones teóricas y metodológicas. Parsons a diferencia de los médicos analizó la función social de la medicina en la sociedad occidental y aportó el concepto de “*sick role*” para representar el papel del enfermo basándose en las teorías de Durkheim y Weber.

Asimismo, fue el primero en demostrar la función del control de la medicina en un sistema social, explicó cómo la sociedad otorga a los médicos una función del control social similar al papel desempeñado por los curas, como una forma de controlar desviaciones de la conducta. En el caso del papel del enfermo la enfermedad es la desviación y su naturaleza indeseable refuerza la motivación de querer restablecer la salud. (Cockerham, 2002: 14)

Con base en estos criterios teóricos, considero relevante y propositivo un estudio sociológico de la DM2 en el municipio de La Paz, Baja California Sur porque las estadísticas sobre obesidad y diabetes son alarmantes. Aunque estos datos se encuentran desglosados en el capítulo III, adelanto que la DM2 es la tercera causa de muerte en el Estado de Baja California Sur (BCS) y constituye el tipo más numeroso y frecuente. Además, la proporción de los casos en menores de 20 años lo posicionan en segundo lugar a nivel nacional de diabetes infantil y también segundo lugar en obesidad adulta. A nivel nacional BCS ocupa el tercer lugar en casos confirmados de diabetes pues existen 11 500 -tan sólo adscritos al IMSS- lo cual ocasiona altos costes sociales, económicos y fisiológicos.

Objetivo:

El objetivo es identificar los agentes de transmisión de la enfermedad en el medio sociopolítico mediante el establecimiento de una relación entre estilo de vida, dieta, adicción y evolución de la DM2 en personas adscritas al HZ#1+MF del IMSS Zona La Paz al programa de DiabetIMSS del turno matutino.

Metodología:

Para la realización de la investigación, se diseñó la técnica (PECES) explicada en el capítulo II para la reconstrucción de la dieta y el estilo de vida de la persona en

relación con sus hábitos condicionales. La evolución de la enfermedad crónica se observará mediante el análisis de la historia clínica de cada persona.

Tal estrategia metodológica se compone en primer lugar, por un soporte teórico que apunta a la pregunta de investigación diseñada con base en los requerimientos de información necesarios para la descripción amplia de los estilos de vida. La estrategia contempla tanto el uso del método cualitativo, como cuantitativo. La parte cualitativa consiste en el diseño de una técnica intitulada: Protocolo de entrevista compuesta para epidemiología social (PECES), cuya finalidad es generar información periódica sobre la manifestación y desarrollo de los hábitos condicionales, estilo de vida y dieta debido a que combina la entrevista semiestructurada y la historia de vida. En este sentido se divide en ocho áreas de exploración: migración, trabajo, ocio, relaciones interpersonales, familia, alimentación, salud y nivel socioeconómico con un periodo de tiempo marcado antes del diagnóstico de la enfermedad o 20 años atrás y después del diagnóstico o en la actualidad. El guion se organizó mediante un perfil basado en una lista de criterios específicos que deberá cumplir la persona para ser entrevistada, tal y como se desarrolla en el capítulo II.

El análisis cuantitativo, se realizó a partir de la historia clínica de la persona para observar la evolución de la enfermedad mediante indicadores bioquímicos durante un periodo máximo de 18 meses a partir del diagnóstico.

Es importante agregar, que todo el trabajo en campo se realizó en las instalaciones del IMSS, siempre en apego a los protocolos del hospital y al marco legal de bioética en investigación en salud en seres humanos, de ahí que esta investigación cumple con la declaración de Helsinki, los principios de Belmont y la ley general de salud vigente explicitados el apartado de procedimiento contenido en el capítulo II.¹

¹ Declaración de Helsinki de 2013 párrafos 9,23 y 25 y los principios de Belmont párrafo 10 sobre considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. Se tomó en cuenta la Ley General de Salud en el Título Quinto, Capítulo único en lo que respecta a los artículos 96 fracción IV, 98, 100 y 101 internacionales vigentes. Se tomó en cuenta la Ley General de Salud en el Título Quinto, Capítulo único en lo que respecta a los artículos 96 fracción IV, 98, 100 y 101.

La tesis se compone de tres capítulos, cada uno con sus respectivos apartados. En el primero se presenta la conceptualización para el estudio social de la DM2 que sostiene el desarrollo de las ideas y el núcleo problemático de la investigación.

En el segundo capítulo se muestra la estrategia metodológica, así como la motivación y postura epistemológica que permitieron realizar esta investigación. Se incluyen también los procedimientos técnicos protocolarios de bioética para la investigación en salud en seres humanos ya mencionados, así como la ley general de salud vigente.

En el tercer capítulo, se presentan los 10 casos estudiados que sustentan esta investigación, mediante la exposición de la información obtenida en campo con las personas y su análisis. Por último, se presentan las conclusiones que derivaron de la exposición capitulada, así como nuevas preguntas que a manera de hipótesis aproximada darán lugar a una nueva investigación.

A manera de entrada, se adelanta al lector/a la definición de DM2 cercana a los fines de esta investigación,

Se considera actualmente a este padecimiento como un conjunto heterogéneo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica, resultado de defectos en la secreción de la insulina asociada a ingesta hipercalórica por periodos prolongados de tiempo con daño y falla de varios órganos, especialmente ojo, riñón, nervios periféricos, corazón y vasos sanguíneos, así como disfunciones fisio-psico-sociológicas a nivel individual, familiar y social. (García de Alba, 2000) y (Mercado,1996)

Se puede encontrar una discusión más amplia al respecto en el segundo apartado del capítulo I. Pero antes, comencemos por el área especializada de la sociología que estudia problemas relacionados con la salud humana.

A continuación, se presenta el primer capítulo que contiene la propuesta teórica en conjunto organizada por apartados. Se comienza con las consideraciones necesarias para comprender y explicar por qué la DM2 puede ser estudiada desde un enfoque sociológico. Después de introducir el área especializada de la sociología que sirve a los fines de esta investigación es posible avanzar en la discusión del aparato conceptual, pero antes es necesario discutir la problematización de las

nociones de la genética determinista y la epigenética sobre la transmisión de la DM2. Lo anterior servirá para esclarecer el enfoque de esta investigación y adelantar la defensa a la crítica del factor no modificable -o los genes- en la DM2.

Capítulo I. Conceptualización para el estudio social de la DM2.

Desde esta perspectiva, creo que el sabor de la libertad y el sabor de la comida pueden vincularse mucho más íntimamente de lo que parecería a primera vista. El sabor a libertad suena tan elevado, tan noble (o ennoblecedor) el sabor a comida tan ordinario, tan material [...] No tiene nada de misterioso ver juntas la comida y la libertad. (Mintz, 2003: 57- 58)

Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

En la actualidad los genetistas han cambiado sus ideas acerca de los mecanismos en la expresión de los genes por la herencia, pero aún hay sectores políticos que utilizan versiones distorsionadas para culpar y encontrar una explicación burda pero científicista a todo. Esta es la navaja de Occam pues de un tajo con su filo epistemológico si un sistema puede explicarlo todo de forma simple y lógica no hay porque recurrir a otros sistemas de explicación para tomar decisiones políticas. Los culpables son pues los genes de los vicios, la pobreza, la homosexualidad, las enfermedades mentales, la dominación masculina, etc. Esta forma ideológica de la genética ya ha sido descartada por los genetistas:

La idea de que existe un gen para la aventura, la enfermedad cardíaca, la obesidad, la religiosidad, la homosexualidad, la timidez, la estupidez o cualquier otro aspecto de la mente o el cuerpo no tiene lugar en la plataforma del discurso genético. Si bien muchos psiquiatras, bioquímicos y otros científicos que no son genetistas (aunque se expresan con facilidad notable en cuestiones genéticas) todavía usan el lenguaje de los genes como simples agentes causales, y prometen a su audiencia soluciones rápidas para todo tipo de problemas, no son más que propagandistas cuyo conocimiento o motivos deben ser sospechosos². (Jablonka y Lamb: 2014: 6)

²“ The idea that there is a gene for adventurousness, heart disease, obesity, religiosity, homosexuality, shyness, stupidity, or any other aspect of mind or body has no place on the platform of genetic discourse. Although many psychiatrists, biochemists, and other scientists who are not geneticists (yet express themselves with remarkable facility on genetic issues) still use the language of genes as simple causal agents, and promise their audience rapid solutions to all sorts of problems, they are no more than propagandists whose knowledge or motives must be suspect”. (Jablonka y Lamb: 2014: 6)

Desde la epigenética Jablonka y Lamb (2014) proponen que los genes son una primera dimensión en la evolución de la vida en la tierra, es decir no son determinantes pues son mutables y adaptativos al entorno. Entonces:

La primera dimensión de la herencia y la evolución es la dimensión genética. Es el sistema fundamental de transferencia de información en el mundo biológico y es fundamental para la evolución de la vida en la tierra³. (Jablonka y Lamb: 2014: 5)

Los factores ambientales retan al egoísmo de los genes y los hacen sufrir modificaciones para asegurar su continuidad contrariamente a las ideas de Darwin sobre los cambios del fenotipo en el genotipo. “En términos más explícitos, puede significar que existen mecanismos lamarckianos que permiten la "herencia suave", la herencia de los cambios genómicos inducidos por factores ambientales”⁴. (Jablonka y Lamb: 2014: 8)

Lamarck pensaba que los cambios en el fenotipo afectan a la herencia del genotipo, por ejemplo, si a un perro se le cortaba la cola y posteriormente se apareaba, su descendencia no tendría cola. Para Darwin la unidad de selección natural eran las especies y para Lamarck los genes, por esta razón a Darwin le parecía absurdo que los cambios en el fenotipo se expresen en el genotipo. Pues bien, es cierto que los individuos responden, las poblaciones se adaptan y los ecosistemas se reconfiguran, tal y como se establece en la tesis de Jablonka y Lamb, quienes sostienen que el entorno se relaciona con los genes a través de las cuatro dimensiones en la especie humana.

Más interesante aún es la idea de que en las especies sociales existe una tercera dimensión que tiene que ver con el comportamiento y su replicación por imitación. Existe, además, una cuarta dimensión que nos distingue de las otras especies sociales, la simbólica materializada en lenguajes escriturales y sistemas simbólicos de comunicaciones complejas. La implicación de esto es que en periodos prolongados de tiempo donde los individuos han sido expuestos a guerras,

³ The first dimension of heredity and evolution is the genetic dimension. It is the fundamental system of information transfer in the biological world, and is central to the evolution of life on earth. (Jablonka y Lamb: 2014: 5)

⁴ In more explicit terms, it may mean that there are Lamarckian mechanisms that allow “soft inheritance”—the inheritance of genomic changes induced by environmental factors. (Jablonka y Lamb: 2014: 8)

epidemias, esclavitud, violencia y hambrunas entre otros factores, emergen cambios tanto en la población como en los genes -entendidos como herencia- porque son modificados al igual que los ecosistemas en sus distintos niveles de organización. Esta panarquía, entendida como un conjunto de sistemas jerárquicos anidados intra e inter especie configura el orden social humano.

Esto significa que todos los organismos tienen al menos dos sistemas de herencia. Además, muchos animales transmiten información a otros por medio del comportamiento, lo que les da un tercer sistema de herencia. Y nosotros, los humanos, tenemos un cuarto, porque la herencia basada en símbolos, particularmente el lenguaje, juega un papel importante en nuestra evolución. Por lo tanto, es bastante erróneo pensar acerca de la herencia y la evolución únicamente en términos del sistema genético. La herencia epigenética, conductual y simbólica también proporciona una variación sobre la cual puede actuar la selección natural⁵. (Jablonka y Lamb: 2014: 1)

En este sentido, la diabetes mellitus tipo 2 más que una enfermedad determinada por los genes es una enfermedad relacionada con estas cuatro dimensiones porque acontece en un medio ambiente, se adquiere por comportamientos aprendidos por imitación en el medio social, se refuerzan mediante los hábitos condicionales⁶ y se transmite gracias a la dimensión simbólica de la alimentación humana.

La definición de DM2 congruente a lo anterior se presentó en la introducción de este trabajo de investigación, fue formulada a partir de las propuestas de (García de Alba, 2000) y (Mercado, 1996)

De aquí derivan los indicadores bioquímicos de control metabólico que se muestran en la tabla #11 (ver anexo). Los indicadores sirven para identificar un posible padecimiento metabólico al sobrepasar los valores normales, se diagnostica

⁵ This means that all organisms have at least two systems of heredity. In addition, many animals transmit information to others by behavioral means, which gives them a third heredity system. And we humans have a fourth, because symbol-based inheritance, particularly language, plays a substantial role in our evolution. It is therefore quite wrong to think about heredity and evolution solely in terms of the genetic system. Epigenetic, behavioral, and symbolic inheritance also provide variation on which natural selection can act. (Jablonka y Lamb: 2014: 1)

⁶ Entiéndase los hábitos condicionales como respuestas automáticas que son activadas bio-psico-sociológicamente por estímulos externos en el área de proximidad de la persona, que una vez adquiridas y fijadas se refuerzan así mismas y se manifiestan por periodos prolongados de tiempo ocasionando consecuencias no deseadas de la acción.

enfermedad al permanecer entre los límites máximos y existen complicaciones al sobrepasarlos.

En suma:

De todos los tipos de diabetes, la Diabetes Mellitus tipo 2 o no insulino dependiente es la forma más frecuente de origen primario y constituye el 90-95% de todos los casos en México. (García de Alba, 2000: 17)

Esto significa que este tipo de diabetes al ser la más frecuente indica que no se trata sólo de una expresión genética, de ser así los casos mayoritarios serían de diabetes mellitus tipo 1. En los últimos 100 años las condiciones de existencia de la humanidad han cambiado a tal grado de crear enfermedades producidas socialmente.

En este sentido numerosas investigaciones han demostrado que en la DM2 existe una evidencia directa de que la mejoría en el control de las alteraciones del metabolismo de la glucosa reduce la incidencia de complicaciones y una muerte temprana. Pero también existe el acuerdo de que el control de la glucosa sanguínea no se realiza sólo a través del seguimiento fiel de un adecuado tratamiento medicamentoso, sino implica adoptar una determinada forma de vivir. (García de Alba, 2000: 18)

Como veremos más adelante, la era del hambre se caracteriza por este proceso de subsunción de lo humano por lo humano a un sistema caníbal que se apega a la ley natural que dicta que la vida come vida. Con la definición y esclarecimiento de la genética en la DM2 se procede ahora a la discusión del papel de la industria farmacéutica, la ciencia médica positiva y la económica de mercado.

Némesis médica.

Según Iván Illich (2006), la némesis medica es una enfermedad de tercer orden si se acepta que la de primer orden es la que adquiere la persona, la de segundo orden la que ocasiona el médico para tratar la primera y la de tercer orden resulta una enfermedad resistente a la medicina biologicista, un mal sociopolítico de escala sistémica inherente al modo de producción y su economía de mercado.

Némesis adquirió la forma de una divinidad. Representaba la respuesta de la naturaleza a Hybris: la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un Dios. Nuestra Hybris higiénica ha conducido al nuevo síndrome de némesis médica. (Illich, 2006:561)

No se evoca aquí a entidades espirituales o religiosas sino a:

Las medidas técnicas y administrativas adoptadas en cualquier plano para evitar que el tratamiento dañe al paciente tienden a engendrar un segundo orden de iatrogenesis análogo a la destrucción progresiva generada por los procedimientos contaminantes usados como medidas contra la contaminación. A esta espiral autorreforzante de retroalimentación institucional negativa la designaré con su equivalente clásico griego y la llamaré Némesis médica. (Illich, 2006:560)

Lo anterior se compone de tres tipos de iatrogenia, la primera:

En un sentido más general y más ampliamente aceptado, la enfermedad iatrogénica clínica comprende todos los estados clínicos en los que los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o "enfermantes". Daré a esta plétora de efectos secundarios terapéuticos el nombre de iatrogenesis clínica (Illich, 2006:554)

La segunda es:

En un segundo plano, la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que anima a sus miembros a convertirse en consumidores de medicina curativa, preventiva, industrial y ambiental. Por una parte, los seres defectuosos sobreviven en números cada vez mayores y sólo están en condiciones de vivir bajo la asistencia institucional, mientras, por otra parte, los síntomas certificados médicamente exceptúan a la gente del trabajo industrial y así la apartan de la lucha política por la transformación de la sociedad que la ha enfermado. El segundo plano de iatrogenesis se manifiesta en diversos síntomas de sobremedicalización social que equivalen a lo que he llamado la expropiación de la salud. Designo a este efecto médico de segundo plano como *iatrogenesis social*. (Illich, 2006: 559)

La iatrogenesis social es importante para el estudio de DM2 porque trata el modo sociopolítico de transmisión y el tratamiento:

Está presente cuando el cuidado de la salud se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se "hospitaliza" y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje en el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticos, o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación. (Illich, 2006: 564)

Y la tercera es la iatrogenesis cultural que *“se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud planeada a partir de un modelo mecánico, cuando se conspira con la intención de producir algo llamado “mejor salud” como si fuera un artículo de consumo”*. (Illich, 2006:560)

En la actualidad los “Clubes de Cos”, nombrados así en honor a la isla griega, fungen para los médicos como los foros de debate para los límites al crecimiento económico patrocinados por industriales porque atraviesan una cruzada nunca vista con tal magnitud, escala y fuerza sobre la función del médico en la sociedad.

La medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud. El impacto del control profesional sobre la medicina, que inhabilita a la gente, ha alcanzado las proporciones de una epidemia. Iatrogenesis, el nombre de esta nueva plaga viene de iatros, el término griego para “médico”, y de genesis, que significa “origen”. La discusión de la enfermedad del progreso médico ha cobrado importancia en las conferencias médicas, los investigadores se concentran en los poderes enfermantes de la diagnosis y la terapia, y los informes sobre el paradójico daño causado por curas contra enfermedad ocupan cada vez mayor espacio en los prontuarios médicos. (Illich, 2006: 535)

Los fármacos entendidos del griego *pharmakon* que significa para dar vida y/o muerte simultáneamente vierten sobre el cuerpo consecuencias no deseadas que los mismos médicos reconocen como contra indicaciones. Incluso productos milagrosos de la más alta tecnología que prometen curas efectivas no rebasan a los modelos de medicina socializada de Canadá, Rusia, Suiza, Inglaterra y Cuba. Si bien la pandemia de la iatrogenia es algo grave, no se trata de cundir el pánico y desatar la psicosis, simplemente la crisis de la medicina moderna capitalista es una oportunidad para que las personas reclamen el propio control sobre sus situaciones médicas. Es urgente profanar el templo sagrado de Esculapio para salir de la reificación de la medicina moderna a la que los gobiernos actuales de izquierda y derecha rinden reverencia. Se debe entender que el cambio social no viene sólo por los profesionales sino en conjunto con la labor política. Hacer una ciencia médica al

servicio de la sociedad y no de las empresas es el reto que pone en crisis a los sistemas de salud pública ya que reciben al grueso de la población sin costo para los padres industriales como veremos en los apartados finales de este primer capítulo.

Se debe entender que lo que ha transformado la asistencia a la salud en una empresa productora de enfermedades es la propia intensidad de una dedicación ingenieril que ha reducido la sobrevivencia humana, de un buen desempeño del organismo, al resultado de una manipulación técnica. “Salud” es, después de todo, una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y a sus condiciones ambientales. (Illich, 2006: 538)

Saludable es un adjetivo que califica acciones éticas y políticas, por ejemplo, cocinar es una actividad política revolucionaria al decidir qué, cómo, cuándo, dónde y con quién degustar el sabor de la comida y la libertad. Es ético al ser responsable del propio consumo familiar o personal.

El estudio de la evolución seguida por las características de las enfermedades proporciona pruebas de que durante el último siglo los médicos no han influido sobre las epidemias más profundamente que los sacerdotes en tiempos anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido bajo las imprecaciones de ambos, pero sin ser afectadas por éstas. Los rituales practicados en las clínicas médicas no las han modificado de manera más decisiva que los exorcismos usuales en los santuarios religiosos. La discusión sobre el porvenir de la asistencia médica podría iniciarse en forma útil partiendo de este reconocimiento. Las infecciones que predominaron al iniciarse la edad industrial ilustran cómo la medicina adquirió su reputación. (Illich, 2006: 543)

El papel de la tecnología es importante para entender a la ciencia médica moderna pues en ella yace depositada la potencia para tratar y curar las enfermedades, ya no es sólo el médico tradicional y su conocimiento sino la intervención de maquinaria de tecnología de punta -muy costosa- el indicador de un buen servicio de salud, aunque los aparatos terminen fuera de servicio o dañados por las condiciones socioambientales en países pobres. Esta es la razón de que se denigre la práctica médica y triunfe el sistema de salud privado sobre el público. Por cada interferencia biológica sobre organismos o virus, ha habido un incremento en su intensidad y resistencia a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prepara para la llegada de una pandemia⁷ de proporciones nunca vistas. Esto cobra sentido

⁷ Siguen esperando la mutación de un virus o bacteria mientras el holocausto diabético ya es una realidad mundial.

al observar el uso indiscriminado de antibióticos sobre la vida orgánica del planeta, 70% destinada a la producción ganadera y el otro 30% a poblaciones humanas medicamentadas que consumen ese ganado. Inmunólogos, bacteriólogos y virólogos en todo el mundo han llamado la atención hacia este punto porque existen casos como el del mosquito del paludismo que logró resistencia al pesticida y reemergió la enfermedad, no por falta de medicamentos antipalúdicos sino por la capacidad de resiliencia del mosquito ¿Qué sucederá entonces con las bacterias o virus que son microorganismos con una historia evolutiva y resiliencia más antigua que la de los insectos?

Sobre el monopolio de los médicos, Illich reflexiona que:

Quando las ciudades se construyen alrededor de los vehículos, devalúan los pies humanos; cuando las escuelas acaparan el aprendizaje, devalúan al autodidacta, cuando los hospitales reclutan a todos aquellos en condición crítica, imponen a la sociedad una nueva forma de morir. (Illich, 2006: 564)

De esta manera convierte el autocuidado o cuidados fuera de la práctica médica en conductas desviadas casi delictivas. *“La medicina iatrogénica refuerza una sociedad morbosa donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial”*. (Illich, 2006:565)

Si se reconociera que a menudo el diagnóstico sirve como un medio de convertir las quejas políticas contra las tensiones por el desarrollo en demandas de nuevas terapias que sólo son más de los mismos productos costosos y enervantes, el sistema industrial perdería una de sus principales defensas. (Illich, 2006: 566)

La función social de la medicina tiende a un control social de la enfermedad como un estado social; recordemos la teoría de Parsons donde la medicina dicta las pautas del enfermo, clasifica enfermedades, distingue lo normal de lo patológico y dirige sus actividades a reordenarse como sistema social porque sin salud no hay trabajo, la sociedad no se desarrolla y el arte no se expresa como dijo el sabio médico griego.

La medicina según Illich es una empresa moral pues hace juicios sobre lo que es un síntoma al igual que un sacerdote lo hace con el pecado, es decir, define la condición de enfermedad y cómo curarla con base en métodos científicos positivistas que no son sometidos a una reflexión epistemológica. “El divorcio entre medicina y moralidad se ha defendido sobre la base de que las categorías médicas, a diferencia

de las legales o religiosas, descansan en fundamentos científicos exentos de evaluación moral” (Illich, 2006: 569) Sólo después de la segunda guerra mundial derivada de los atroces experimentos en humanos surge la ética médica con los principios de Belmont y la declaración de Helsinki.

Y es empresa en tanto:

El costo máximo socialmente crítico de los artículos que pueden repartirse en forma equitativa varía de un sitio a otro. Pero dondequiera que los fondos públicos se utilizan para financiar tratamientos por encima del costo crítico, el sistema de asistencia médica actúa inevitablemente como conducto para la transferencia neta del poder médico, el cual pasa de la mayoría que paga los impuestos a unos cuantos individuos seleccionados a causa de su dinero, educación o lazos familiares, o por el interés especial que representan para el cirujano experimentador. Hay una clara forma de explotación cuando 80% de los costos reales de las clínicas particulares en los países pobres de América Latina se pagan con los impuestos recaudados para la formación de médicos, las ambulancias públicas y el equipo médico. (Illich, 2006: 578)

Por medio de las terapias y demás servicios conspicuos se convence a la gente a pagar impuestos, los cuales cuando solicitan asistencia médica no les son devueltos en servicio justo⁸. Illich llama a lo anterior medicalización del presupuesto y básicamente es la relación de explotación dentro de la estructura de clases.

Pero la razón fundamental de que estas costosas burocracias sean una negación de la salud no se encuentra en su función instrumental sino en la simbólica: todas recalcan la distribución de servicios de reparación y mantenimiento para el componente humano de la mega máquina, y la crítica que propone una distribución mejor y más equitativa sólo refuerza el compromiso social de mantener a la gente en trabajos que enferman. La guerra entre los que proponen una póliza nacional ilimitada de salud y los que abogan por el mantenimiento nacional de la salud, así como la guerra entre quienes defienden y quienes atacan toda práctica privada, hace que la atención pública se distraiga del daño hecho por médicos que protegen un orden social destructivo y se fije en el hecho de que los médicos hacen menos de lo esperado en defensa de una sociedad de consumo. (Illich, 2006: 581)

En esta sociedad de consumo:

Mientras más tiempo, labor y sacrificio invierta una población en producir la medicina como un artículo de consumo, mayor será el subproducto, es decir, la falacia de que la sociedad posee dentro de sí un yacimiento de

⁸ No se trata aquí de ahondar en cuestiones de corrupción y nepotismo porque eso nos desviaría hacia otro tema del sistema de salud, sólo se intenta mostrar la forma en que opera la medicina como empresa moral en la sociedad.

salud, la cual puede extraerse y mercantilizarse. La función negativa del dinero es indicar la devaluación de los bienes y servicios que no pueden comprarse. Mientras más alto sea el precio que se fija al bienestar, mayor será el prestigio político de una expropiación de la salud personal. (Illich, 2006:582)

La industria farmacéutica tiene un fuerte dominio y las mayores ganancias en la bolsa de valores porque controla el orden social, los medios de producción e interfiere en relaciones de producción y reproducción social. Atraviesa todos los campos de las actividades humanas gracias al control de mercados legales con consumidores instrumentales e ilegales de tráfico de fármacos. Además, tiene control especulativo sobre el precio de los fármacos distribuidos deliberadamente por regiones geográficas de epidemias con el amparo del juego de las patentes que privatizan la fórmula por 17 años y después la liberan ya que se realizó la ganancia.

Los precios de los medicamentos están controlados y manipulados: el mismo frasco que se vende a dos dólares en Chicago o Ginebra, donde se produce, pero enfrenta competencia, se vende a 12 dólares en un país pobre donde no la hay. El margen de ganancia es, además, fenomenal: 40 dólares de diazepam, una vez troquelados en pastillas y empacados como Valium, se venden en 140 veces su valor, y en 70 veces más que el fenobarbital, que en opinión de la mayoría de los farmacólogos tiene las mismas indicaciones, efectos y peligros [...] Como mercancías, los medicamentos recetados se comportan en forma diferente de casi todos los otros artículos: son productos que el consumidor directo rara vez selecciona para sí mismo. (Illich, 2006: 590)

Estas empresas al igual que las alimenticias tienen a su servicio ejércitos de científicos que venden sus investigaciones para adquirir financiamiento en sus proyectos. *“Para promover el Valium, Hoffman-La Roche gastó 200 millones de dólares en 10 años y comisionó a unos 200 médicos por año para que escribieran artículos científicos acerca de sus propiedades”* (Illich, 2006: 591)

Sin embargo, y sorprendentemente, el uso per cápita de medicamentos recetados en todo el mundo parece tener poco que ver con la promoción comercial; se correlaciona sobre todo con el número de médicos, incluso en países socialistas donde la enseñanza médica no se halla influida por la publicidad de la industria farmacéutica y donde se limita la imposición institucionalizada de medicamentos. (Illich, 2006: 591)

Como ejemplo de lo anterior:

El consumo excesivo de *drogas médicas* no se limita, desde luego, a zonas donde los médicos son escasos o la gente es pobre. En Estados Unidos, el volumen del negocio de medicamentos se ha multiplicado por un factor de

100 durante el siglo actual: 105 20000 toneladas de aspirina se consumen cada año, casi 225 tabletas por persona. (Illich, 2006: 588)

Según Illich la industria farmacéutica trabaja con dos grupos sociales relacionados, por un lado, quienes recetan y por el otro quienes sufren las consecuencias del consumo. Culpar sólo a la industria farmacéutica de la adicción a sus productos es sólo observar una parte del problema. Se trata de un fenómeno civilizatorio en el que el volumen de más mercancías en el mercado ya es crítico, es decir, hay tanto que es necesario distribuirlo a donde sea sin importar consecuencias pues otra industria trabaja con esas consecuencias y saca provecho de ellas.

La enfermedad que resulta de cada plato sucesivo de alimentos milagrosos se trata sirviendo otro platillo más de medicamentos. Así el sobreconsumo refleja una apetencia sentimental, socialmente autorizada, por el progreso de antaño. La edad de los nuevos medicamentos empezó con la aspirina en 1899. (Illich, 2006: 592)

Y se continuó hasta la década de los sesentas, sólo después de que se realizaran pruebas en Estados Unidos a 4 300 medicamentos, resultó que dos de cada cinco eran funcionales. Esto significa que:

La edad de los grandes descubrimientos en farmacología ha quedado atrás. Según el actual director de la Administración de Alimentos y Drogas, la edad de los medicamentos empezó a declinar en 1956. Los medicamentos genuinamente nuevos han aparecido en número decreciente, y muchos que brillaron por un tiempo en Alemania, Inglaterra o Francia, donde las normas son menos severas que en Estados Unidos, Suecia o Canadá, no tardaron en olvidarse o se recuerdan con vergüenza. (Illich, 2006: 593)

Todas las patentes por su durabilidad de 17 años ya se han vencido, por eso los laboratorios trabajan frenéticamente para innovar o vender placebos.

La falacia de que la sociedad está atrapada para siempre en la edad de los medicamentos es uno de los dogmas que han lastrado la elaboración de políticas médicas: está de acuerdo con el hombre industrializado. Éste ha aprendido a tratar de comprar todo lo que se le antoja. No llega a ningún lado sin transportes ni educación; su ambiente le ha hecho imposible caminar, aprender y sentirse en dominio de su cuerpo. (Illich, 2006: 594)

Esta es la razón de que la medicina a cargo de:

Los padres industriales, forzados a procrear mano de obra para un mundo en el que no encaja nadie que no haya sido aplastado y moldeado por 16 años de educación formal, se sienten impotentes para atender personalmente a su prole y, desesperados, la anegan de medicinas. (Illich, 2006: 602)

Ahora bien, los métodos para tratar enfermedades no infecciosas resultan aún más discutibles. En el caso de la DM2 la tasa de tendencia creciente 9.2% de prevalencia indica que no hay un control eficiente pues no se ha reducido la mortalidad ni morbilidad. En seguida abordaremos este aspecto mediante la discusión de la epidemiología convencional para proponer una epidemiología diferente y complementaria.

Epidemiología convencional y epidemiología social.

La relación entre sociedad y ambiente se conoce en epidemiología convencional como el estudio de la ecología humana, su relación con la salud de los seres humanos y su entorno mediante el estudio de la distribución y el origen de determinada enfermedad sobre alguna población y/o casos (Cockerham, 2002: 19). El análisis puede ser de dos tipos, de incidencia si se trata de brotes nuevos o casos sin precedentes en un periodo de tiempo específico como el brote de SARS CoV-2 en China que produce la enfermedad por coronavirus conocida en todo el mundo como Covid-19 que alcanzó proporciones pandémicas en Marzo del 2020, su expresión algebraica es $Incidencia = \frac{nuevos\ casos}{población} \times 100$, el otro tipo de análisis es de prevalencia si se trata del alcance total de los casos existentes y nuevos en un momento dado con la fórmula $Prevalencia = \frac{total\ casos}{población} \times 100$ y se utiliza generalmente para enfermedades crónicas como la DM2, hipertensión, obesidad etc..

Desde estos tipos de análisis de la epidemiología convencional sólo se pueden enunciar aspectos descriptivos de los cambios mediante la correlación de variables en modelos estadísticos impersonales sobre mortalidad y morbilidad. Para complementar lo anterior los fines de esta investigación pretenden ir más allá de los datos, o sea aportar una explicación de la enfermedad con base en los casos que tienen nombre y apellido.

Para comenzar la discusión de este apartado:

El concepto de transición epidemiológica se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias. Se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad. (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991: 487)

Se entiende que la transición epidemiológica se explica por tres procesos básicos en países desarrollados.

- a) La sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones;
- b) El desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los de edad más avanzada
- c) El cambio de una situación de predominio de la mortalidad. (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991: 485)

Para el resto de los países principalmente latinoamericanos incluyendo a México, acontece un estancamiento de morbilidad mixta pues hay alta incidencia de enfermedades de ambas etapas pre y pos transicional, resurgimiento de enfermedades infecciosas ya controladas y como consecuencia hay una polarización epidemiológica al interior de los países por regiones, zonas geográficas, y estratos socioeconómicos. “Esta experiencia se denomina modelo polarizado prolongado”. (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991: 485).

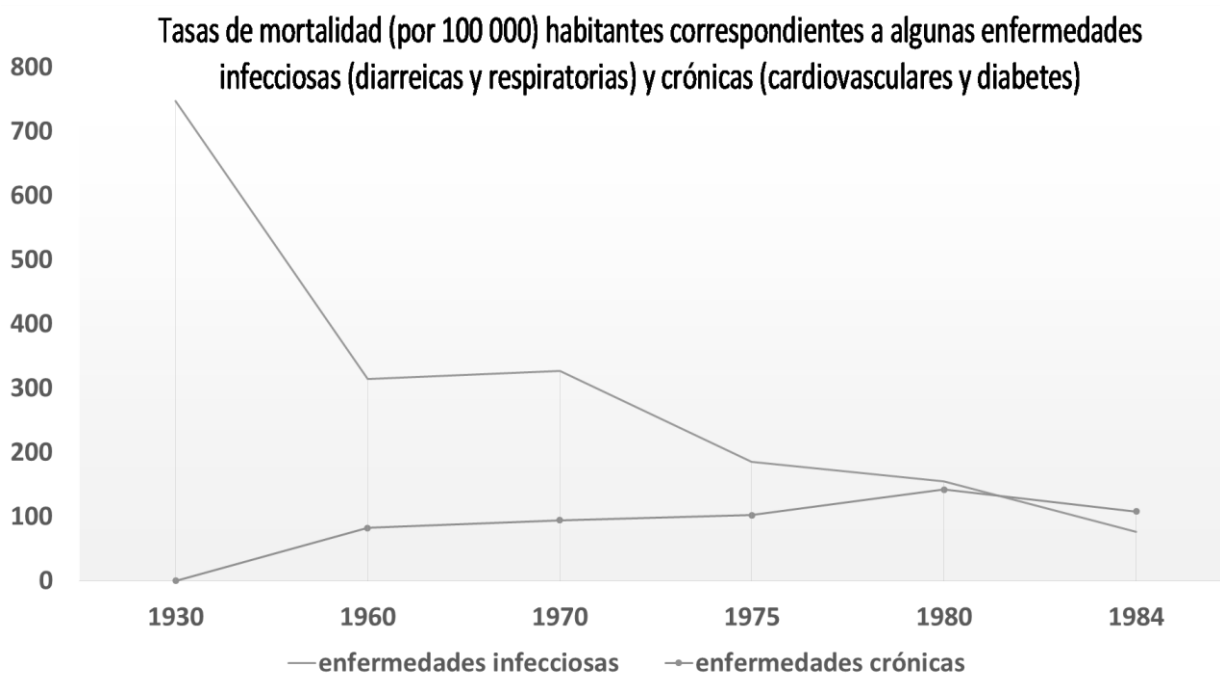
Es cuestionable a la epidemiología convencional referir a los padecimientos degenerativos, la violencia, los trastornos psiquiátricos y los accidentes como “muertes civilizadas” dignas de un país desarrollado. La transición epidemiológica va más allá de la transición demográfica que sólo explica la mortalidad pues trata de explicar también los cambios en morbilidad, esto ocurre cuando la enfermedad se convierte en un estado crónico de larga duración que prolonga la enfermedad y sus padecimientos al provocar comorbilidades hasta finalmente ocasionar la muerte. Con base en lo anterior, en el caso de México hay una transición epidemiológica⁹ no uniforme y polarizada¹⁰ por regiones, pues enfrentamos aún enfermedades

⁹ “Se compone de tres procesos, 1) la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones, 2) El desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad más avanzada y 3) El cambio en una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en el que la morbilidad es dominante”. (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991: 485)

¹⁰ “El modelo polarizado prolongado es más adecuado a la transición epidemiológica en América Latina, a diferencia del anterior se compone por otras etapas más complejas en el proceso, 1) alta incidencia simultanea de enfermedades de ambas etapas pre y postransicional, 2) resurgimiento de enfermedades infecciosas que ya tenían un control, 3) irresolución del proceso de transición, de manera que los países

infecciosas -principalmente en jóvenes- superpuestas a las enfermedades crónicas -en diversos grupos de edad y estratos socioeconómicos- lo cual se puede observar en la figura 1. Las notas a pie de pagina 9 y 10 reiteran lo anterior ampliamente.

Figura 1.



Fuente: elaboración propia con base en INEGI. Tabulaciones de defunciones 1930 a 1984.

Desde la epidemiología convencional la figura 1 muestra que en 1930 comienza la transición epidemiológica con el descenso de enfermedades infecciosas -línea uniforme- y la emergencia de enfermedades crónicas -línea punteada-. Para 1980-1984 las enfermedades crónicas superan a las infecciosas. Desde un análisis sociodemográfico de la figura 1 se puede insertar el fenómeno de migración del campo a la ciudad pues en los 70's y 80's es cuando ocurre en México. Este paso de una sociedad rural a una urbana genera cambios en el perfil epidemiológico de la población debido al cambio de las condiciones socioambientales.

Para finales de siglo se urbaniza y se modifica el modo de consumo de la población con la llegada de las industrias transnacionales y el crecimiento de las nacionales por el modelo de sustitución de importaciones que inicia en los 60's y termina en los

parecen estancados en un estado de movilidad mixta y 4) desarrollo de una polarización epidemiológica particular, no sólo entre los países, sino dentro de ellos en distintas zonas geográficas y entre diversas clases sociales". (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991: 485)

80's. En resumen, históricamente hay correspondencia entre industrialización y emergencia de enfermedades crónicas, pese a la reducción de enfermedades infecciosas gracias a la tecnología en antibióticos descubierta por Fleming en 1928 y puesta a prueba en la segunda guerra mundial por lo cual obtuvo el premio nobel de medicina junto con Boris y Walter en 1945.

Según (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991) la polarización de la enfermedad y la desigualdad social mantienen un patrón pretransicional en sociedades rurales y postransicional en sociedades urbanas, esto es, enfermedades mayoritariamente infecciosas en el campo y padecimientos crónicos degenerativos en la ciudad en el modelo estadístico. En el caso de la DM2 el perfil de salud de la población rural y urbana es más complejo pues la morbimortalidad desigual y combinada de la prevalencia de diabéticos permea toda la estructura de clases. Por esta razón se propone la existencia de un patrón mesotransicional prolongado.

La razón de que los patrones parezcan homogéneos en lo referente al patrón de enfermedades de lo rural y lo urbano corresponde a que el sistema de salud público no es universal y hay quienes no son contados en la estadística ni son atendidos sus padecimientos.

Sobre esto Illich anota lo siguiente:

La tasa combinada de mortalidad por escarlatina, difteria, tosferina y sarampión en niños menores de 15 años muestra que casi 90% de la disminución total en mortalidad desde 1860 hasta 1965 se había registrado antes de la introducción de los antibióticos y de la inmunización generalizada. Este receso puede atribuirse en parte al mejoramiento de la vivienda y a una disminución de la virulencia de los microorganismos, pero con mucho el factor más importante fue una mayor resistencia del huésped al mejorar la nutrición. Actualmente, en los países pobres, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores se registran con más frecuencia, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica. (Illich, 2006: 544)

Y los epidemiólogos (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991) reconocen que:

De hecho, muchas de las circunstancias emergentes en la transición no son en absoluto un signo de progreso, sino más bien la expresión de modos deficientes de industrialización, urbanización y consumo masivo que se

traducen, entre otros, en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como tabaco, alcohol y otras drogas, y hábitos de alimentación poco saludables. (Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José. et al. 1991:487)

En este sentido las enfermedades crónicas escapan de la biologización de la ciencia médica positiva al ser un problema social o bien los médicos lo llaman de salud pública relacionado con aspectos socioculturales como las dietas deficientes, el sedentarismo excesivo, el uso excesivo del automóvil, las distintas adicciones, el estrés generalizado, etc., conforman los estilos de vida de la sociedad industrial y son una amenaza para la continuidad de las sociedades. La estabilidad de la población comprende la reducción de las enfermedades infecciosas, pero:

Quando estas disminuyeron ocuparon su lugar las epidemias modernas cardiopatías coronarias, enfisema, bronquitis, obesidad, hipertensión, cáncer, sobre todo pulmonar, artritis, diabetes y los llamados desórdenes mentales. A pesar de intensas investigaciones, no contamos con una explicación completa sobre la génesis de estos cambios. Pero dos cosas son ciertas: no puede acreditarse al ejercicio profesional de los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad o morbilidad, ni tampoco se le puede culpar por la mayor expectativa de una vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades. Durante más de un siglo, el análisis de las tendencias patológicas ha mostrado que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población. La geografía médica, la historia de las enfermedades, la antropología médica y la historia social de las actitudes hacia la enfermedad han mostrado que la alimentación, el agua y el aire, en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica y con los mecanismos culturales que hacen posible mantener la estabilidad de la población. (Illich, 2006: 544-545)

Por otro lado, no es raro que una persona que sufre alguna enfermedad crónica se sienta perfectamente normal pues al ser gradual la degeneración de la salud y de larga duración -contrario a las infecciones- se pueden hacer cambios en el modo de consumo que determina el estilo de vida. Antes de abordar lo anterior habremos de analizar la dimensión simbólica de la alimentación humana al ser un factor clave para los fines de este trabajo de investigación.

Dieta y cultura como *pharmakon* - *La dosis hace al veneno*-.

En este apartado se retomó parte de la investigación de (Aguirre, 2018) sobre los aspectos culturales de la dieta alimenticia, la habituación¹¹ y su definición. El curandero maneja venenos y encantamientos. La única palabra con que los griegos designaban “medicamento” —*pharmakon*— no distinguía entre el poder de sanar y el poder de matar. (Illich, 2006: 567) La dieta en este sentido puede ser medicamentosa y cultural no sólo nutricia. La composición de la dieta determina entonces la continuidad de la vida o la inclinación hacia la muerte.

No se necesitan médicos para medicalizar los remedios de una sociedad. Incluso sin demasiados hospitales y escuelas de medicina, una cultura puede ser presa de una invasión farmacéutica. Cada cultura tiene sus venenos, sus remedios, sus placebos y su escenografía ritual para administrarlos. La mayoría de ellos se destina a los sanos más que a los enfermos. Las poderosas drogas médicas destruyen con facilidad el patrón históricamente enraizado que adapta cada cultura a sus venenos; por lo común ellas causan más daño que provecho a la salud, y en última instancia establecen una nueva actitud en la que el cuerpo se erige como una máquina de conmutadores mecánicos y manipuladores. (Illich, 2006: 583-584)

El problema es que

Hoy día, las farmacias pueblerinas de México ofrecen tres veces más artículos que las farmacias de Estados Unidos [...] Hace apenas 10 años, cuando los medicamentos eran relativamente escasos en México, la gente era pobre y la abuela o el yerbero atendían a la mayor parte de los enfermos, los productos farmacéuticos venían con un prospecto descriptivo. Hoy los medicamentos son más abundantes, más poderosos y peligrosos; se venden por televisión y por radio; la gente que ha ido a la escuela se avergüenza de sus restos de confianza en el curandero azteca. El prospecto ha sido sustituido por una nota general que dice “por prescripción médica”. (Illich, 2006: 584)

Un caso que refuerza lo anterior es el cloranfenicol de la *Parke-Davis*, una industria farmacéutica que produce el medicamento en México y fue utilizado indiscriminadamente por médicos para curar hasta la cutícula arrancada de los dedos. Años después se comprobó que el uso prolongado de la sustancia produce anemia aplásica una enfermedad sanguínea. En consecuencia, se comenzó a etiquetar con la advertencia en el mercado interno, pero no pasó lo mismo con el producto de exportación, la consecuencia fue que algunas cepas de bacilos tifoideos se volvieron resistentes y ahora se esparcen por todo el mundo.

¹¹ Para una mejor comprensión del origen de los hábitos, cómo se convierten en instituciones y su trascendencia, revisar el apartado “construcción social de la realidad” en (Aguirre, 2018).

Sobre la dieta (García, 2012) estudia el tema de la alimentación desde la cultura y los aspectos socioeconómicos en el cambio de los hábitos alimenticios, propone que:

Las condiciones alimentarias han variado a través del tiempo y los grupos humanos se han adaptado a ellas, aprendiendo y creando conocimientos, pautas, creencias, reglas morales, arte, leyes y costumbres que en conjunto forman un todo complejo que conocemos como *cultura*. Ésta tiene que reflejar, tanto material como objetivamente, las condiciones en que una sociedad puede satisfacer sus necesidades, determinando la forma, el lugar y el tiempo con que cuenta para hacerlo. (García, 2012: 16)

En este sentido, cada sistema alimentario tiene una dieta específica con base en la singularidad de su entorno, en palabras del autor:

Los sistemas alimentarios conforman dietas que están construidas culturalmente; de tal modo que los grupos humanos y los propios individuos, adquieren las cantidades y las combinaciones necesarias para satisfacer sus requerimientos alimenticios. (García, 2012: 16)

En el caso de los mexicanos, García hace una lectura histórica y enuncia que el maíz era antiguamente el alimento básico. Después con la invasión de los españoles - primera política de globalización- hubo un choque de sistemas alimentarios, el europeo basado en el trigo y el del "nuevo mundo" basado en el maíz, con el tiempo se fueron mezclando hasta asimilarse.

La dieta del mexicano no es producto de unos cuantos años, sino que proviene de los habitantes prehispánicos que hace miles de años lograron domesticar el maíz, el frijol y el chile, impulsando así el desarrollo de la agricultura y el tránsito del nomadismo al ser sedentario. (García, 2012: 17)

De esta manera las transformaciones en los hábitos alimenticios resultan de una perturbación externa de tipo invasión, migración, etc., debido a que los seres humanos son indeterminados biológicamente y pueden variar sus hábitos porque,

La cultura como producto humano, no se transmite biológicamente, se aprende y es aprehensible; por lo tanto, se transmite social y mentalmente y puede cambiar, pero dentro de los límites de las condiciones materiales y objetivas que tienen los grupos humanos. Todo lo aquí expuesto nos indica que los alimentos y las bebidas responden a dietas que estructuran un sistema alimentario, resultado de una cultura y, por lo tanto, cualquier cambio en el consumo es posible, siempre y cuando se tomen en consideración las condiciones en que se ha dado y las posibilidades que pueda haber para cambiarlo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que, tanto para cualquier sociedad como para cualquier individuo, el cambio significa abandono de ciertas costumbres y hábitos, muchos de ellos simbólicos y de identidad, que les dan sentido a sus vidas. (García, 2012: 17)

Desde la antropología propone (Harris, 1999) que los alimentos deben cumplir con características culturales singulares, de lo contrario no se aprovechan como tales, usa el concepto de estómago colectivo para referir que “la comida, por así decirlo, debe alimentar la mente colectiva antes de poder pasar a un estómago vacío” (Harris, 1999: 13).

Pues bien, las industrias de alimentos crean nuevos significados externos que se transmiten e interiorizan en los significados internos -estómago colectivo- gracias al amplio alcance de la publicidad de los medios de des-comunicación masiva y la masiva disponibilidad de sus productos, además enseñan desde la infancia a qué debe saber un alimento. Según Mintz:

El significado interno surge cuando están produciéndose ya los cambios vinculados con el externo. Estos grandes cambios fijan, en última instancia, los límites exteriores para determinar horarios de labor, lugares de trabajo, horarios de las comidas, poder adquisitivo, cuidado de los hijos, espacios de ocio, y la organización del tiempo en relación con el gasto de energía humana. Pese a su importancia para la vida cotidiana, se originan fuera de esa esfera y en un nivel de acción social totalmente diferente. Sin embargo, como consecuencia de esos cambios, individuos, familias y grupos sociales tienen que incorporar rápidamente a su práctica diaria o semanal comportamientos recién adquiridos, volviéndose así familiar lo extraño, impartiendo un significado adicional al mundo material, empleando y creando significación. (Mintz, 2003: 42 y 43)

De esta manera, se vuelve tradición adicional beber refresco en familia, tomar cerveza en eventos sociales, comer pan empaquetado como cena, etc., inclusive significar premio o detalle para con los seres queridos. Eso es precisamente el significado construido, así, la lucha en el campo de batalla del sistema de producción se traslada al consumo.

Una cuestión muy importante del aspecto simbólico de la alimentación es la forma en que, de generación en generación, se van transmitiendo pautas y costumbres, pues la cultura de una sociedad tiende a ser similar en muchos aspectos de una generación a otra. En parte, esta continuidad de estilos de vida se mantiene gracias al proceso conocido como endoculturación, una experiencia de aprendizaje —parcialmente consciente y parcialmente inconsciente— a través de la cual, la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar modos de pensar y comportarse tradicionalmente. En este aspecto, los padres —y sobre todo la madre— juegan un papel esencial en la alimentación, pues no sólo indican qué comer, sino cuándo y cómo comer. Este proceso tiene algunos límites; de hecho, uno de los más evidentes en las sociedades industriales modernas —donde la innovación y el cambio rebasan el conocimiento de los mayores— es el que hace que los más jóvenes

adquieran pautas distintas a través de la difusión de la información, aspecto esencial para cambiar, crear o recrear conductas. (García, 2012: 142)

En este sentido continuamos en el oscurantismo, pues el conocimiento científico y las comunidades de científicos que lo validan se encuentran inmersos en campos de lucha por generar información y conocimiento donde la economía de mercado también es dominante. La dieta en la actualidad está atravesada por productos medicamentosos. La ignorancia deliberada en que se mantiene a la sociedad proveniente de la ciencia tecnófila y la supresión de los conocimientos crean un estado óptimo para la administración de la muerte mediante enfermedades producidas por parte de las industrias de alimentos -o por el hombre como dicta la literatura de medicina- pero también de la vida con la industria farmacéutica en un negocio redondo donde las primeras venden libremente mercancías con valores de uso nocivos (Veraza, 2008) y las segundas esperan por los enfermos para canalizarlos hacia otro circuito capitalista donde producirán la realización del plusvalor. Lo anterior ocasiona que:

Un tercio de la humanidad sobrevive en un nivel de desnutrición que en otros tiempos habría sido letal, mientras que cada vez más gente rica absorbe siempre más tóxicos y mutágenos en sus alimentos. Hasta la fecha, el hambre y la malnutrición mundial han aumentado a raíz del desarrollo industrial. Se dice que una tercera parte o una mitad de la humanidad se acuesta con hambre cada noche. En la Edad de Piedra la fracción debe haber sido mucho más pequeña. Ésta es la era del hambre sin precedentes. (Illich, 2006: 547)

Después de definir a la dieta y su relación directa con la cultura y hacer la crítica de la alimentación como *Pharmakon* cuyo significado etimológico significa dos cosas en una sola palabra: lo que da vida y lo que da muerte; por esta razón el Dr. Von Hohenheim o mejor conocido como Paracelso padre de la toxicología enunció que la dosis hace al veneno, ahora se presentará el concepto de estatus de grupo de Weber para ampliar el concepto de estilo de vida relacionado con el modo consumo.

Estatus de grupo y estilo de vida.

Para (Weber, 2014) el estatus de grupo es la consecuencia de un modo de consumo gatillado por un determinado estilo de vida que mediante ciertas conductas orientadas con base en valores o fines distingue a un grupo de otro y en ocasiones logra trascender de uno hacia otro. En este sentido -a diferencia de lo que se expondrá en el capítulo II de este trabajo correspondiente a Marx - el estilo de vida está relacionado con el modo de consumo y no solamente con el modo de producción.

Marx sostiene que la ubicación de una persona en la estructura de clase es determinada por la cantidad de bienes y servicios que esa persona puede consumir. Sin embargo, para Weber el concepto de clase no explica realmente el estatus social porque inobserva el prestigio, estima y poder. Es decir, el concepto de clase es objetivo respecto a cuantificar bienes y servicios apropiables pero el concepto de estatus es subjetivo debido al prestigio, la estima y el reconocimiento de los otros en un grupo.

El término “grupo de estatus” hace referencia a las personas que comparten circunstancias materiales similares, prestigio, educación e influencia política [...] los miembros del mismo estatus comparten un estilo de vida. En realidad, un estilo de vida en concreto es lo que distingue a un grupo de otro. (Cockerham, 2002: 105)

De esta manera, el grupo con estatus económico alto tiene un estilo de vida diferente de los que se encuentran en estatus económico medio y bajo. “Además Weber hizo las observaciones pertinentes sobre el hecho de que los estilos de vida no están basados en lo que uno produce, sino en lo que consume. Es decir, el estilo de vida de una persona es un reflejo de los tipos y cantidades de bienes y servicios que utiliza o consume”. (Cockerham, 2002: 105)

Desde este punto de vista se puede usar el concepto de estilo de vida en el tema de salud y alimentación, pues mediante el consumo de alimentos, medicamentos, grado de motivación, esfuerzo y tipo de capacidades se orienta la conducta hacia la salud, ya sea porque se persiguen fines como vivir más y mejor, mejorar el atractivo sexual, sanar de alguna enfermedad y/o valores -pautas culturales-. Estos fines y/o valores se relacionan con el consumo de bienes y servicios. Sin embargo, Weber no ignora

las condiciones materiales socioeconómicas necesarias para adquirir un estilo de vida y propone dos componentes del Estilo de vida o *Lebensstil*:

- La conducta de vida (*Lebensführung*) son las decisiones que las personas hacen para adoptar gradualmente un estilo de vida.
- Las oportunidades de vida (*lebenschancen*) son las circunstancias sociales de la persona ligadas a su interés, deseo y necesidades por lo que debe poseer los suficientes recursos económicos, el estatus, los derechos y las relaciones sociales que la soporten y reconozcan - prestigio, estima o poder-.

Los estilos de vida se pueden extender más allá de su origen en un grupo. Por ejemplo, los valores de la ética protestante el ahorro, el esfuerzo y el valor positivo del trabajo ya no son propios de los protestantes porque trascendieron de las sociedades capitalistas occidentales hacia la sociedad. Lo anterior es más evidente al relacionarse con el concepto de *Habitus* y su importancia para entender el modo de transmisión de comportamientos humanos y en este caso la conformación del sentido social del gusto.

El sentido social del gusto.

Por otro lado, (Bourdieu, 1998) realiza un estudio de correspondencia entre la estructura de clase y el gusto representados en el espacio social¹².

El habitus como estructura estructurante estructurada se observa por medio de la cuantificación y cualificación de los distintos capitales: social, económico, cultural y simbólico englobados en un campo específico y se representan en un plano cartesiano. Cockerham muestra algunos de sus resultados en la siguiente cita textual.

Bourdieu analizó los hábitos alimenticios y las preferencias deportivas, que describió como un habitus o conjunto de inclinaciones a conducirse de una forma específica, estable y basada en la clase social [...] En lo que respecta a comida la clase trabajadora se decantaba por alimentos que son baratos, nutritivos y abundantes, mientras que las profesionales están más preocupadas por su imagen física y prefieren alimentos que sean ligeros, apetitosos y bajos en calorías. (Cockerham, 2002: 109)

¹² Esto se puede observar en la figura 3 en el anexo de este trabajo

El concepto de *Habitus* se compone por un lado de esquemas de percepción, apreciación y acción indicados por un campo social determinado espacial y temporalmente, y por el otro de disposiciones sociales que son adquiridas o inculcadas mediante el aprendizaje, de esta manera aparece como la mediación entre condiciones objetivas y comportamientos individuales. Es por esta razón que el *Habitus* es producido en la práctica individual y colectiva que se realiza de manera sistemática y durable. Para facilitar el entendimiento del concepto, el lector puede revisar la figura # 20 adjunta en el anexo de este trabajo.

En la actualidad hablar de estilos de vida orientados a la salud es difícil porque diversos estudios epidemiológicos -sobre todo en América Latina- han señalado que los grupos vulnerables o de estratos económicos bajos, aunque presentan mayor vulnerabilidad a la enfermedad y estilos de vida no saludables, las consecuencias no deseadas del estilo de vida ya sean enfermedades crónicas, adicciones o ambas no obedecen un patrón uniforme entre los estratos sociales ni grupos de edad. De esta manera las aproximaciones a estilos de vida orientados a la salud deben ir más allá de la estructura de clase y abordar aspectos culturales como lo hace Bourdieu.

En seguida se tratará de explicar cómo las industrias aseguran producción del plusvalor mediante la producción de mercancías que no obedecen a las necesidades básicas de salud y alimentación debido a los valores de uso nocivos que poseen. También se abordará la manera en que se articulan estas industrias y el modo de producción capitalista con los enfermos crónicos. Se hará una propuesta de economía política de la salud y alimentación, se retomará el problema del consumo y el estilo de vida, así como el papel de la industria y la tecnología.

El Kapital egoísta.

Los humanos se distinguen de los animales porque producen conscientemente sus medios de subsistencia. La única naturaleza humana es la actividad creadora: “La naturaleza humana se acumula a través de la experiencia, particularmente en la producción, en el proceso de trabajo, pero más generalmente en el proceso

reproductivo, en la creación de una existencia completa.” (Peet, R. y E. Hartwick. 2015: 151) Así, el desarrollo de las habilidades humanas para transformar la naturaleza -trabajo- y los medios de producción determinan la cantidad y calidad del desarrollo social.

Para Marx, la base de la producción está configurada por relaciones sociales antagónicas que causan y perpetúan el conflicto en la historia humana. La explotación -y sus diversas formas en los distintos modos de producción son para Marx la coerción que ejerce la clase dominante sobre el trabajador en el modo de producción capitalista.

La teoría del valor desde Smith, Malthus, Ricardo y Marx propone de manera muy general que las mercancías tienen un valor de uso VU y un valor de cambio VC, el primero refiere a la utilidad de la mercancía para satisfacer alguna necesidad y el segundo a la representación del valor en la economía de mercado para activar el intercambio, es decir, el precio. Actualmente parece imposible llegar al VU en alimentos y medicamentos sin pasar primero por el VC y priva el segundo sobre el primero en la economía de mercado.

En este sentido, una mercancía se compone de cuatro elementos:

1. Producto del trabajo humano.
2. Valor de uso-valor de cambio.
3. Satisfacer necesidades humanas.
4. Es producido para el intercambio en el mercado.

“El valor es una relación social cualitativa con una dimensión cuantitativa. El valor existe históricamente solo cuando el trabajo productivo no es inmediatamente social” (Hunt y Lautzenheiser, 2011: 208) entonces desde la economía política el precio se define por medio del tiempo socialmente necesario para producir la mercancía, esta es la dimensión cuantitativa del valor cualitativo, lo que Marx llamó trabajo abstracto, pues no se percibe al entrar en contacto directo y tangible con la mercancía.

La naturaleza de la mercancía en sociedad proviene de la necesidad de los seres humanos de producir su entorno mediante el trabajo, o sea para que exista la

mercancía es necesario que la sociedad conozca valores de uso y valores de cambio, que tenga una producción especializada y dividida, así como un mercado amplio donde se dé el intercambio por medio de un valor representado -dinero-. Ahora, en la circulación capitalista de mercancías, el proceso ocurre en una primera fase $D-M-D$ y en la segunda $D-M-D^1$ -dinero por mercancía para adquirir más dinero- y en una forma precapitalista, $M-D-M^1$ es decir mercancía que se intercambia con dinero para adquirir otra mercancía. La diferencia la hace el plusvalor D^1 que aparece de la relación de intercambio capitalista en la transformación de la fórmula.

El capital industrial era la forma de capital más representativa del modo de producción capitalista. Constituyó el mecanismo por el cual la plusvalía fue creada y expropiada en el capitalismo [...] Por lo tanto, el origen de la plusvalía se debió al hecho de que los capitalistas compraron un conjunto de productos y vendió un conjunto completamente diferente. (Hunt y Lautzenheiser, 2011: 215)

Con relación al plusvalor (P+) la fuerza de trabajo es la capacidad para trabajar, pero también se convierte en mercancía al incrustarse en el mercado, y configura un lado de la lucha de clases, la clase obrera, así:

El capitalismo existió cuando, en una sociedad productora de mercancías, una pequeña clase de personas -capitalistas- tenían monopolizados los medios de producción, y donde la gran mayoría de productores directos -trabajadores- no podían producir de manera independiente porque no tenían medios de producción. Los trabajadores eran "libres" de tomar una de estas dos opciones: morir de hambre o vender su fuerza de trabajo como una mercancía. (Hunt y Lautzenheiser, 2011: 216)

Lo que tienen en común todas las mercancías es el trabajo humano pues es lo que produce valor. También es importante el dinero como medida de la sustancia social del tiempo de trabajo como generador de alienación y fetichismo. Al igual que una mercancía, el trabajo también tiene valor de uso, pero su importancia es que puede producir más valor. En el pensamiento de Marx no habían existido los dueños de capital y los dueños únicamente de su fuerza de trabajo hasta que emerge el capitalismo, esta es la relación social de explotación que genera conflicto.

La competencia hace al capitalista producir el plusvalor de dos formas absoluta y relativa a la vez que esto configura un estado de revolución constante dentro del capitalismo porque los capitalistas requieren lograr constantes mejoras antes que sus adversarios.

Para Marx, el desarrollo fue un proceso de acumulación de capital que tuvo lugar de manera desigual en términos de clase (la clase propietaria se hizo más rica) y el espacio (algunos países se volvieron más ricos que otros). El desarrollo fue un proceso completamente contradictorio y violento esencialmente debido a la naturaleza contradictoria de sus relaciones sociales definitorias explotación y competencia. (Peet, R. y E. Hartwick. 2015: 156)

Ahora, en la relación de explotación se persuade al trabajador a ser explotado voluntariamente, esto gracias a las formas ideológicas que legitiman y racionalizan la explotación: religión, cultura¹³ y Estado. Tal inducción de conciencia es falsa, pues no siempre coincide con la estructura de clase. “El capitalismo es el único sistema en la historia en el que el crecimiento económico se ve obligado a ocurrir a través de la explotación y competencia.” (Peet, R. y E. Hartwick. 2015: 158)

Por otro lado, desde la crítica a la teoría de la regulación, Gramsci realiza un análisis sobre cómo las clases dominantes producen la dominación sobre los subalternos mediante dispositivos indirectos, es decir la doxa vertida deliberadamente por los medios de comunicación masiva sobre las capas bajas de la sociedad, pues en sus estudios desde la prisión logra observar que la ideología funciona como un “pegamento social” para que los subalternos obedezcan voluntariamente a la hegemonía. Un ejemplo de lo anterior es el Fordismo como modelo de producción masivo, con medios de comunicación masiva que generan un consumo masivo y también un despilfarro masivo de recursos naturales valiosos, en este caso la producción masiva de alimentos por un lado y la producción masiva de medicamentos por el otro donde la producción y el consumo se encuentran enajenados.

En agregación la teoría de la alienación explica que esto ocurre cuando la clase trabajadora es despojada de su producto para luego ser vendido en el mercado, donde el trabajador pagará -si puede- con el salario que ganó produciendo la mercancía en aras de reproducir su propia fuerza de trabajo. Por ejemplo, en la

¹³ “Por lo tanto, se determina el significado cultural de cualquier objeto o acto en particular por el sistema social de reglas constitutivas. Estas reglas crean la posibilidad de formas particulares de comportamiento humano. En este sentido, la cultura es un sistema simbólico”. (Peet, R. y E. Hartwick. 2015: 162)

sociedad industrial del S.XXI los trabajadores reproducen su fuerza de trabajo mediante el consumo de productos industrializados de mayor comodidad, disponibilidad y facilidad para comer debido a la intensificación de la jornada que reduce su tiempo libre para luego destinarla a la compra de medicamentos con la esperanza de recuperar la salud perdida a lo largo de las jornadas y actividades recreativas nocivas y excesivamente sedentarias gatilladas por un estilo de vida.

Aunque producen o contribuyan a la producción del capital los trabajadores no tienen control sobre él. Los problemas que observa Marx como resultado de la alienación es que son mutiladas las capacidades¹⁴ de los obreros para desarrollarse como seres humanos y sumamos a esto la administración de sus vidas mediante el control de la salud y la alimentación en la reproducción social.

Se sentían alienados o divorciados de su trabajo, de su entorno institucional y cultural, y de sus compañeros de trabajo. Las condiciones de trabajo, el objeto producido y, de hecho, la misma posibilidad de trabajar fue determinados por la clase numéricamente pequeña de capitalistas y sus cálculos de ganancias, no por las necesidades o aspiraciones humanas. (Hunt y Lautzenheiser, 2011: 241)

La manera en que se articula la industria farmacéutica por un lado y la alimentaria por el otro converge en la producción de enfermedad y aplicación de tratamientos al convertir en mercancía a los alimentos y medicamentos por medio de valores de uso nocivos en la economía de mercado. De esta forma las personas son transformadas en consumidores alienados de su propio cuerpo en la reproducción social para asegurar la producción de plusvalor.

Pero hay algo que en estos últimos años ha ido quedando perfectamente claro: el consumo excesivo de azúcar en alimentos sólidos o en bebidas se asocia cada vez más a la epidemia de obesidad, que cada vez es más preocupante. La sobrealimentación es ahora un problema global. En México, la tasa de obesidad se ha triplicado en tres décadas, lo que ha llevado a una gran preocupación por el hecho de tener a los niños más gordos del mundo, con pocos recursos para remediarlo: la mayoría de las escuelas de México, D.F. carecen de patios y de fuentes de agua corriente. Pero Estados Unidos sigue siendo el país con más obesos del mundo. Y aunque las tasas de obesidad parecen haberse estancado en un 35 por ciento entre los adultos, todavía aumentan entre el grupo más vulnerable ante los productos de la industria alimentaria: los niños. (Moss, 2013: 59)

¹⁴ Capacidades intelectuales, emocionales, apreciación estética, etc.

En este sentido, ambas industrias aparecen en la reproducción social y producen plusvalor incluso en este proceso inicial de la vida humana, los niños resultan ser más vulnerables debido a que las industrias explotan su biología infantil por medio de atacar las vulnerabilidades bio-psico-sociológicas. Algo parecido sucede con el reino animalia en la clase insecto con los himenópteros debido a que son altamente sociales. Mediante la trofalaxia se alimentan unos a otros con los nutrientes apenas necesarios para sobrevivir regurgitándolos de boca a boca transfiriendo feromonas esterilizantes -desde que son larvas hasta su adultez- mientras que la reina se alimenta con lo mejor para mantenerse fértil. De esta manera controla el sistema de determinación de sexo porque logra mantener a todas las hembras estériles en la colonia y controla los cromosomas masculinos en la reproducción.

Quizá el ejemplo sea bastante explícito, pero no dista mucho de cómo se alimentan las personas en la sociedad industrial con alimentos producidos con aditivos químicos ligados a la generación de enfermedades metabólicas en la población sin distinción de estrato social o edad -a diferencia de los himenópteros-.

Sin duda es verdad que una percepción social medicalizada refleja una realidad que está determinada por la organización de una producción a base de capital intensivo, y que su correspondiente pauta social de familias nucleares, de agencias de beneficencia y de naturaleza contaminada es lo que degrada el hogar, el vecindario y el ambiente. [...] Al convertir al recién nacido en un paciente hospitalizado hasta que se le certifique sano, y al definir las quejas de la abuela como necesidad de tratamiento más que de respeto paciente, la empresa médica no sólo crea una legitimidad biológicamente formulada para el hombre-consumidor sino también nuevas presiones para una escalada de la mega máquina. (Illich, 2006: 605)

Paradójicamente se logró intensificar mediante el cambio tecnológico y el sistema automático de máquinas la producción, distribución, apropiación y consumo de alimentos bajo la economía de mercado -y su estructura de poder que veremos en el apartado siguiente-, pero emergieron problemas de salud pública por sobrealimentación.

El sistema sexo-género y la salud.

El patriarcado es un sistema jerárquico de organización social, político y económico que ha estado presente en los distintos estadios de la humanidad y ha conformado las relaciones sociales de cohesión. También ha perpetuado el conflicto de intereses de clase debido a la desigualdad de género.

El patriarcado es una estructura de poder arcaica y universal que regula las relaciones entre hombres y mujeres colocando a éstas en posición de inferioridad y sumisión, asignándoles los rasgos y características de los oprimidos (inteligencia inferior, pasividad, instintivismo, sensualidad, hipocresía...) y ejerciendo una suerte de colonización interior de modo que este dominio resulte imperceptible (Molina, 2003)

Estas relaciones de dominación inter e intrapersonales -al modo weberiano- según (Millet,1995) constituyen la institución social denominada patriarcado donde el poder político yace en lo masculino. Resulta obvio a primera reflexión que las mujeres padezcan en mayor proporción e intensidad las enfermedades crónicas, ser mujer, pobre y de tez oscura posiciona a las mujeres en una condición desfavorable con relación a los hombres. Sin embargo, no es raro que los cuantitavistas de la ciencia médica patriarcal enuncian con seguridad basándose en sus estadísticas que se trata de una proporción matemática, pues hay un mayor número de mujeres que de hombres en las sociedades humanas y en el reino animal.

De manera similar al patriarcado, el sistema sexo-genero refiere las relaciones sociales que organizan y producen la dominación masculina mediante el control de la sexualidad biológica dónde machos y hembras adquieren una función diferenciada en la estructura económica y la de clases sociales. (Gayle,1975) apunta esta distinción entre sexo y género, el primero como biologicista natural y el segundo de orden cultural sociologizado. Para complementar, Fisher explica que *“La sociedad y la educación hacen que las mujeres se comporten como mujeres y los hombres tengan una conducta típicamente masculina”*. (Fisher, 2007: 183)

En suma, (Segato, 2003) observa que en el sistema sexo-género ocurre la desigualdad de género pues la estructura de clases sociales clasifica hombres y

mujeres por estatus y les asigna determinadas conductas con base en la competencia y la entrega. Estos dos ejes hacen que las relaciones sociales inter e intrapersonales estén mediadas por la violencia en todas las instituciones sociales, lo que significa que la competencia y la entrega hacen de la violencia una constante en las sociedades. En palabras de la autora:

“La primera tesis parte del principio de que el fenómeno de la violencia emana de la relación entre dos ejes interconectados. Uno horizontal, formado por términos vinculados por relaciones de alianza o competencia, y otro vertical, caracterizado por vínculos de entrega o expropiación. Estos dos ciclos se articulan formando un sistema único cuyo equilibrio es inestable, un sistema de consistencia deficiente. El ciclo cuya dinámica violenta se desarrolla sobre el eje horizontal se organiza ideológicamente en torno de una concepción de contrato entre iguales y el ciclo que gira sobre el eje vertical corresponde al mundo premoderno de estamentos y castas”. (Segato, 2003: 253)

La violencia como constante afecta a la salud y vida de las personas directamente en los feminicidios y/u homicidios, y de forma indirecta en los padecimientos de larga duración e incurables. Desde la epigenética (Jablonka, 2014) explica cómo las poblaciones, los ecosistemas, los individuos y los genes son modificados en entornos violentos dando origen a patologías o desequilibrios según la escala. En relación con lo anterior

“La organización psíquica actual de los dos sexos dispone que las mujeres inviertan su energía emocional en los hombres, mientras estos subliman las suyas en el trabajo. Siguiendo esta senda el amor de la mujer se convierte en el combustible que mueve la maquina cultural”. (Firestone, 1976: 197)

Invertir energía emocional es una forma modesta de decir dedicar la vida al cuidado de los hombres y progenie. El papel de cuidadoras se extiende al ámbito institucional atravesando las puertas de Esculapio pues el rol de enfermería era el único disponible en el siglo XIX y principios de XX para las mujeres en la medicina moderna¹⁵. “*La cultura occidental impidió que las mujeres fueran oradoras, escritoras, poetas, dramaturgas y en cambio cultivo el genio en los hombres*” (Fisher, 2007: 186) y por supuesto también les impidió ejercer la medicina.

¹⁵ Elizabeth Blackwell fue la primera mujer graduada en medicina en el año de 1902 y ejerció hasta su fallecimiento en 1910 en Estados Unidos. Aportó la importancia de los factores sociales en la salud.

Incluso fuera de las instituciones de salud, las mujeres han sido las encargadas de atender a los enfermos y asegurar con los “buenos cuidados de amor maternal abnegado” la salud de los hombres a costa de la suya.

Este rol de cuidadoras les ha sido impuesto históricamente debido a su condición de subordinación mientras que los hombres se llevan los títulos de héroes o salvadores de vidas, lo anterior muestra la desvaloración del mantenimiento y los cuidados en la reproducción social porque son cosas del mujerío, no de la medicina biologicista.

Tal desvaloración da resultado a un perfil socio epidemiológico general de las causas de muerte separadas en mortalidad y morbilidad, pues los hombres mueren más por conductas violentas -mortalidad- como accidentes automovilísticos, suicidio, homicidios etc. Propias de los mandatos patriarcales mientras que las mujeres tienden a padecer enfermedades crónicas de larga duración o trastornos psiquiátricos-morbilidad- en mayor proporción que los hombres, esto no significa que estén fuera del radio de acción de la violencia. Son ellas las más afectadas pues cargan con su enfermedad, la desigualdad de género, el papel de cuidadoras no de sí mismas sino de otros y en general la reproducción biológica y social de la especie, tareas cargadas más de componentes culturales que biológicos.

Se analizó cómo se articulan las industrias alimentarias y farmacéuticas por medio de la economía de mercado con los consumidores y el sistema sexo-género en este apartado. Ahora bien, para tratar el tema de salud y alimentación es necesario conceptualizar el consumo.

Nocividad estructural.

“La riqueza de las sociedades contemporáneas, además de presentarse como un “inmenso arsenal de mercancías” (Marx, El capital, tomo I, capítulo I), cuyo precio y tonelaje es calculado por las estadísticas mundiales, aparece no sólo en una variedad abundante y fascinante, sino con una nocividad cada vez más acusada en casi cada miembro de esta avasalladora multiplicidad. Valores de uso nocivos nos circundan por todos lados, los ingerimos, los habitamos, nos interpelan, nos constituyen. De la Coca-Cola a la comida chatarra, del automóvil al jet, del concreto al asbesto, de las suelas de goma al poliéster de nuestros vestidos, de las drogas a los medicamentos (esas drogas legales), de la tele a la computadora... El metabolismo material de la sociedad se encuentra degradado en correlato con la destrucción del metabolismo ecológico natural operada por la industria y las urbes modernas”. (Veraza, 2008: 255)

La subsunción real del consumo bajo el capital es para Veraza la asimilación de la función del consumo subordinada al capital o sea donde ocurre realmente ese consumo, justo en los valores de uso, resulta provechoso para los fines de este trabajo porque permite analizar la relación entre producción y consumo en la sociedad industrial para observar la producción del plusvalor en la reproducción social.

La teoría del plusvalor o del sometimiento real del proceso de trabajo requiere de otra más general -desarrollada también por Marx- que es la teoría de la enajenación para explicar el consumo. La enajenación -en parte se abordó líneas atrás- constituye el sometimiento real del consumo bajo el capital (Veraza, 2008), se basa en producir ilusiones falsas de abundancia y necesidades manipuladas mediante propaganda para producir el plusvalor promoviendo valores de uso nocivos que, si bien no contribuyen a la realización del plusvalor directamente, mediante el consumo lo aseguran y producen debido a la separación casi natural de los procesos productivos y el ser humano. De esta manera, producción y consumo están alienados mediante una enorme cadena de valor que separa un extremo de otro y en ese espacio emerge la sociedad moviéndose de un lado a otro. De tal modo que:

“La subsunción real del consumo bajo el capital ocurre en la realidad de este consumo, es decir, en los valores de uso: el consumo y sus valores de uso han sido sometidos a las necesidades de acumulación de capital. Aún más, esa realidad del consumo que son los valores de uso está sometida no sólo formalmente, el consumo humano está determinado por el capital no sólo en su cantidad y en la forma en que se efectúa, sino que el valor de uso es sometido realmente al capital”. (Veraza, 2008: 263)

La razón de que la economía de mercado configure un estilo de vida es que:

“De tal modo la subordinación real del consumo al capital consiste en amarrar la producción de plusvalor —especialmente el plusvalor extra y las ganancias monopólicas— a las peculiares características materiales peculiares del objeto de consumo diseñadas según la orientación de las necesidades de la circulación y la competencia”. (Veraza, 2008: 278)

Entonces la producción de mercancías y servicios obedece a la necesidad del capital de reproducirse, en este sentido:

“Este desarrollo es posible si se observa que la tecnología capitalista produce un tipo de consumo que garantiza la explotación de plusvalor. Así se puede hablar ya no sólo en general de “sometimiento del consumo”, sino que precisaremos, por ejemplo, si se trata de subsunción formal del consumo, es decir, de la forma del consumo, o bien del sometimiento de la realidad del consumo”. (Veraza, 2008: 259)

Así opera la reproducción ampliada de insatisfacción, es decir la mercancía nunca termina de satisfacer la necesidad de tal forma que puede incrustarse en otros ciclos de circulación capitalista y el freno al consumismo desmedido lo pone la biología en los humanos y la capacidad de carga en el planeta, la muerte es lo único que puede con el frenesí consumista.

“Pues bien, la reciprocidad negativa que los medios de comunicación estructuran materialmente y la ideología dominante esparce en cada mensaje es concretada en el fetiche cósico propio de los valores de uso sometidos al capital —en la erotización de las cosas y en la cosificación de Eros— cuyo anclaje objetivo ataca violentamente a la fisiología humana. Esta función nociva omnilateral es codificada en el valor de uso. La relación imperialista se ve concretada así en cada objeto en tanto productor de reciprocidad negativa. La reciprocidad negativa es producida a partir de dañar el metabolismo fisiológico humano. De este modo el destino del individuo así trastocado es sintonizado con el del mercado mundial capitalista”. (Veraza, 2008: 269)

Aparece un carácter masoquista en la conducta del sujeto pues a pesar de ser consciente y vivir materialmente las consecuencias mantiene el patrón de consumo, al llegar a este punto se puede hablar de la subsunción real del sujeto social por el capital, es decir, es mercancía porque vende su fuerza de trabajo y es cosa en la medida que las industrias de alimentos y farmacéuticas lo utilizan para realizar el plusvalor porque depende de mercancías para su reproducción social, principalmente alimentos en la salud y medicamentos en la enfermedad con valores de uso nocivos diseñados para asegurar y producir la explotación del plusvalor.

“En efecto, el capitalismo contemporáneo se ha extendido por todo el planeta y penetra en cada actitud y en cada gesto humano, conforma cada objeto de consumo y cada mensaje, el espacio arquitectónico y el urbanístico; regula catastróficamente los ciclos de sanía y enfermedad de toda la población mundial”. (Veraza, 2008: 257)

Es turno de tratar la nocividad estructural de los bienes producidos industrialmente, Marx lo llama “sistema automático de máquinas” y corresponde al cuerpo tecnológico que acompaña y gatilla el proceso histórico con la subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital, lo cual se abordará a continuación de manera bio-psico-sociológica.

El sistema automático de máquinas y el cerebro adicto.

Se trata de una categoría que comprende tecnología, economía, sociología, política, psicología social y fisiológica que engloba el proceso histórico de la humanidad según Veraza. De esta manera:

“Nocividad estructural significa aquí la que es generada por el modo de producción capitalista específico, esto es, caracterizado por lo que Marx llama “sistema automático de máquinas”. Este cuerpo tecnológico fue producido históricamente por el capital industrial a partir de someter la realidad del proceso de trabajo y configurarlo para optimizar su capacidad de producir plusvalor. Marx denominó este proceso en el que se genera el plusvalor relativo “subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital”, el cual incluye una subordinación del proceso de trabajo más básica, la subsunción formal, mediante la cual se produce plusvalor absoluto. Pero por sí misma la remodelación sometiente del contenido real o técnico del proceso de trabajo al capital no implica que en el capitalismo se produzcan necesariamente valores de uso nocivos para el consumo. Sin embargo, hoy verificamos que el contenido material de los valores de uso para el consumo humano es el soporte de una nocividad que se ha vuelto norma. Por ello hablo de subsunción real del consumo bajo el capital y establezco que ésta deriva de la subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital. Esto es, que el desarrollo histórico de la subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital se configura hoy como subsunción real del consumo bajo el capital precisamente porque la producción de plusvalor absoluto y relativo no está pudiendo ocurrir sino sobre la base de producir valores de uso necesariamente nocivos. Para aludir a esta nocividad estructural o derivada del modo de producción en cuanto tal hablo no sólo de subsunción real del valor de uso al capital sino de subsunción real del consumo, precisamente porque el sujeto humano que consume esos valores de uso no simplemente enferma o los rechaza por nocivos sino que queda sometido a ellos fisiológicos y psicológicos de modo sistemáticamente vicioso: la subsunción real del consumo bajo el capital no sólo es subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital desarrollada sino, simultáneamente, subsunción real del sujeto social por el capital”. (Veraza, 2008: 261)

Olvidemos lo aprendido en la escuela sobre el esquema sensorial de la lengua, ese mapa que aseguraba la existencia de un área específica para cada sabor dulce, amargo, salado y ácido. Las investigaciones actuales llevadas a cabo por químicos

sensoriales han descubierto que en lugares tan lejanos como el páncreas el sistema digestivo se excita en presencia de lo dulce; si esto es verdad, resulta bastante lucrativo para las industrias alimentarias el estudiar la biología humana y hacer uso práctico de estas debilidades en nuestro apetito. *“Todo ello ha convertido al azúcar en el ingrediente mágico de los alimentos procesados. En promedio, anualmente consumimos 32 kilos de edulcorantes calóricos por persona. Eso son 22 cucharaditas de azúcar al día”.* (Moss, 2013: 38)

Las proteínas receptoras de lo dulce se encuentran en las papilas gustativas, Daniel Reed las nombró TAS1R3 -se puede observar en la figura 19 en el anexo-, resulta que en las moléculas de lo dulce los demás sabores se disuelven en la saliva, ahí comienza la ansiedad incluso antes de ingerir el alimento. Las glándulas salivales segregan la saliva, mientras que las microvilli -que son como hojas que se levantan para detectar y recibir el sabor- se preparan para transferir la señal por un proceso de transducción hasta detectar lo dulce y de ahí se enlazan a los neurotransmisores para llegar al cerebro y segregar dopamina en el área de cerebral de la gratificación, así es como se siente ese rico placer.

No es necesario ingerir azúcar directamente, cualquier almidón refinado es convertido por nuestro metabolismo en glucosa gracias a una enzima llamada amilasa. Estos alimentos procesados en tanto más rápido logran convertirse en glucosa más gratificantes son para el área de placer en el cerebro, tales productos pueden ser pizzas, hamburguesas, barras energéticas, galletas, harina sus derivados y panes lo cual se debe a los avances tecno-científicos de Maillard.

“Maillard es responsable de buena parte del agradable color caramelo de los alimentos procesados, desde la bollería industrial a la carne rustida, y la reacción de Maillard en muchos alimentos no puede ocurrir sin la presencia de un grupo de azúcares que incluyen la fructosa”. (Moss, 2013: 61)

Sin embargo, a lo largo de la historia del azúcar y el proceso civilizatorio que la acompaña, según (Mintz, 2003) primero fue la caña y la remolacha, después el jarabe de maíz que sirvió de base para la industria de refrescos al ser un compuesto líquido y barato en Estados Unidos debido al subsidio del maíz.

“A lo largo de los treinta años siguientes, nuestro consumo de refrescos azucarados hizo más que duplicarse, hasta los 180 litros anuales por persona, y, aunque esta cifra ha remitido —alcanzó los 145 litros en 2011—, ha habido una subida equivalente en

otras bebidas azucaradas, como los tés, las bebidas isotónicas, las aguas vitaminadas y las bebidas energéticas. Su consumo anual se ha casi duplicado en la pasada década, hasta 63 litros por persona”. (Moss, 2013: 39)

Los refrescos aparecieron desde antes de la segunda guerra mundial, Coca-Cola tomó fuerza del conflicto y gracias a su propaganda logró crear un significado externo (Mintz, 2003) enlazado directamente a la identidad estadounidense, pues el logotipo presumía de ser el sabor de la libertad. Este tipo de bebidas fueron llevadas al frente de guerra -gracias a la tecnología de alimentos industrial- para reforzar el coraje de los soldados en la batalla.

Posteriormente, comenzaron los estudios sobre la ansiedad que provocaban los alimentos producidos de forma industrial y Michael Tordoff es el científico especialista, pues:

“Con un colega, inventó un componente dulce llamado Charmitrol, que podía utilizarse de maneras opuestas, ambas potencialmente lucrativas. Los estudios que hizo con animales indicaron que el componente podía llevar a la gente a comer mayores cantidades de alimento. O que, aplicado de forma distinta, la podía llevar a comer menos. «Hacía adelgazar a los ratones gordos, y engordar a los delgados», me dijo. Dos empresas adquirieron la licencia de la sustancia a Monell, pero se detectaron problemas neurológicos que impidieron su uso comercial”. (Moss, 2013: 55)

Efectivamente, los científicos del área sensorial han desarrollado conocimiento sobre las estructuras químicas de los alimentos y su relación con las estructuras de nuestros cuerpos reconocido por la comunidad científica desde 1976:

“Los detalles del experimento de Sclafani quedaron plasmados en un artículo de 1976 reverenciado por los investigadores como una de las primeras pruebas experimentales sobre la ansiedad alimentaria. Desde su publicación, se puso en marcha todo un cuerpo de estudios que vinculan el azúcar con la sobrealimentación compulsiva”. (Moss, 2013: 40)

De esta manera:

“A lo largo de los últimos cuarenta años, más de trescientos fisiólogos, químicos, neurocientíficos, biólogos y genetistas han pasado por Monell para ayudar a descifrar los mecanismos del sabor y del olor, además de la compleja fisiología que subyace en nuestro amor por los alimentos”. (Moss, 2013: 41)

El problema para los consumidores es que:

“En Monell, la financiación por parte del sector da a las empresas un acceso privilegiado al centro y a sus laboratorios. Ellas obtienen primicias exclusivas de los estudios del centro, a menudo hasta tres años antes de que las informaciones salgan a

la luz, y también pueden contratar a algunos de los científicos de Monell para que hagan estudios especiales ajustados a sus necesidades específicas”. (Moss, 2013: 42)

Como resultado de estos convenios, las industrias de alimentos trabajan para provocar placer y modificar el comportamiento alimentario tradicional hacia conductas adquiridas no saludables que una vez fijadas difícilmente se pueden dejar y provocan obesidad y de ahí derivan las enfermedades crónicas, por ejemplo, *“El punto de éxtasis es la cantidad exacta de dulzor —ni más, ni menos— que convierte al alimento y a la bebida en más placenteros”*. (Moss, 2013: 45)

El capitalismo tiene un comportamiento expansivo e inequitativo desde su génesis, aquí radica la subsistencia de este modo de producción. El imperialismo es el trasfondo del expansionismo capitalista, es decir, se expande el dominio del país hegemónicos y los subdesarrollados tienden a alinearse y enajenarse por medio del consumo. A partir de la crisis del 29 y las dos guerras mundiales hubo una aceleración e intensificación de la industrialización por parte de las multinacionales alimentarias y farmacéuticas.

Como resultado, la economía de mercado por medio de las industrias alimentarias y farmacéuticas ha convertido en consumidores a las personas, a la par que la economía de mercado los mantiene subordinados mediante el mismo consumo en la enfermedad y en la salud por medio de los valores de uso nocivos en la alimentación y los medicamentos para producir el plusvalor.

Asimismo:

“El azúcar se relaciona muy posiblemente con las enfermedades coronarias y los consumidores prácticamente han perdido el control de su consumo. Deshacerse de la azucarera en casa apenas ayuda a limitar su consumo, según el informe, puesto que más de dos tercios del azúcar de la dieta estadounidense provenían ahora de los alimentos industriales”. (Moss, 2013: 52)

De esta manera es posible vincular a la economía de mercado con las enfermedades crónicas porque tiende a convertir a la población en consumidores para así lograr la subsunción real del sujeto social por el capital. Es decir, subsumir el modo de vida al capital.

Ahora bien, respecto a la intensificación en la integración económica y el flujo masivo de mercancías sólo se tienen más libertades para elegir qué consumir, realmente no considero que la libertad consista en elegir entre opciones, pienso que se trata más de producirlas, es decir libertad para poder decidir sobre lo necesario para producir la vida material de una manera autónoma en comunidad. Al abrir el espectro de opciones el consumidor es libre de apropiarse de productos que pueden traerles consecuencias no deseadas debido a los valores de uso nocivos porque es arrojado a un mercado impersonal donde se desconocen los insumos con los que fue producida la mercancía, por quién y en qué condiciones se produjo, si es perjudicial para su salud -alimentos- y el medio ambiente. El consumismo al institucionalizarse fija una conducta adquirida -Habitus- de sobrealimentación que lleva a la enfermedad crónica y esta a su vez genera un nuevo consumo de medicamentos, así se logra transferir el consumo de mercancías a circuitos de capital conectados para asegurar la producción de plusvalor.

Esa conducta vuelve a la persona un autómatas, no contempla la existencia, no reflexiona, no desarrolla su potencial creativo y es privado de sus demás capacidades que lo vuelven humano. En consecuencia, es reducido a un sujeto adicto del consumo desde la salud hasta la enfermedad, incluso después de la muerte -si hay servicios funerarios-. Esto lo vuelve dependiente durante toda su vida porque le son mutiladas sus capacidades para desarrollarse al estar en un estado de domesticación parecido al de los animales de granja, la vida se reduce entonces a una serie de reglas y expectativas de vida reforzadas por una moral viciada y una sociedad corrupta e impersonal donde la ética individual del sujeto está atravesada por un oscurantismo material y existencial.

En este sentido:

“La gente elige los productos de los estantes del supermercado basándose en sus expectativas de sabor y sensaciones que les aportarán, por no hablar de los síntomas de placer que sus cerebros emitirán como gratificación por haber elegido los alimentos más sabrosos. «La nutrición no es lo que impera en la mente de las personas cuando eligen un alimento —aseguró—, sino el gusto, el sabor, la satisfacción sensorial”.

(Moss, 2013: 46)

De igual forma los neonatos son expuestos a las fórmulas lácteas producidas por industrias farmacéuticas que enseñan a los bebés a qué debe saber la comida que consumirán cuando crezcan, *“no es que las compañías alimentarias les estén enseñando a los niños el gusto por lo dulce; más bien les enseñan qué sabor deben tener los alimentos. Y, cada vez más, este currículum gira en torno al azúcar”*. (Moss, 2013: 51)

“Al convertirse el biberón en símbolo de prestigio, aparecieron nuevas enfermedades entre los niños a quienes se negó el pecho, y como las madres carecían de sabiduría tradicional para tratar a los bebés que no maman, éstos se convirtieron en nuevos consumidores de la atención médica y de sus riesgos. La suma total de impedimentos físicos debidos solamente a esta sustitución de la leche materna por alimentos comerciales para bebés resulta difícil de equilibrar con los beneficios derivados de la intervención médica curativa en las enfermedades infantiles y de la corrección quirúrgica de defectos natales que van desde el labio leporino hasta los defectos cardíacos”. (Illich, 2006: 604)

Con base en lo anterior:

“Estos son conceptos amplios y potentes, conceptos cruciales para entender por qué en el supermercado hay tantos productos dulces, y por qué nos sentimos tan atraídos por el azúcar. Necesitamos energía, y Cinnamon Crunch nos la da rápidamente. Tenemos una relación íntima con el sabor dulce desde que nacimos, pero, en cambio, nuestros ancestros no tenían nada tan apasionante como la Coca-Cola. El azúcar nos hace incluso sentirnos mejor, y ¿Quién no desea sentirse mejor?” (Moss, 2013: 51)

Un alimento *“para ser realmente seductor, los productos tenían que estar llenos de grasa y de azúcar. Sólo estos dos ingredientes, sumados a la sal, parecían tener el poder de excitar el cerebro por la comida”*. (Moss, 2013: 55)

De esta manera podemos observar que no todo es genético pues hay componentes intrínsecos en el sistema simbólico y la cultura subyacente en las enfermedades crónicas pues no sólo las estructuras químicas crean a los adictos y no sólo los genes determinan la eficiencia del metabolismo, hay todo un entramado en las relaciones sociales y estilos de vida que refuerzan y transfieren estas conductas adquiridas de generación en generación.

Hasta aquí, se mostró la relación de las industrias de alimentos y farmacéuticas - producción- con las enfermedades crónicas -consumo-, ahora se procede a describir la metodología.

Capítulo II. Hacia el templo de Esculapio.

Buscando indicios.

Antes de acercarme a la institución de salud donde pude conversar y aprender de los pacientes, enfermeras y doctores sobre el ciclo de enfermedad y sanidad de la vida humana, la enfermedad crónica estuvo presente desde antes de mi alumbramiento. Mi abuela materna sufrió y padeció una DM2 muy trágica en sus complicaciones que marcó a sus hijos mental y fisiológicamente. Pronto mis tíos comenzaron a enfermar, cuatro de ocho han muerto no antes de pasar por las amputaciones no traumáticas, la ceguera resultante de retinopatía y la discapacidad que lleva a la precariedad de la vida encontrando su fin en salas de hemodiálisis o postrados en sus camas en casa. Sé que mi historia no es original y única, por el contrario, una gran cantidad de familias sufren las consecuencias de las enfermedades metabólicas basta con ver los números en las estadísticas nacionales sobre su distribución y tasa de prevalencia epidemiológica en México, pues tan sólo ser mexicano es un factor de riesgo.

Pasar por esta situación durante las diferentes etapas de mi vida hasta donde me encuentro hoy, la reciente muerte de mi padre y tía que me crio me hicieron ver más allá del dolor, el sufrimiento y la dramática anécdota. Ahora tengo una profesión soy sociólogo, -no médico y nunca he pretendido serlo en esta investigación- sólo deseo ser doctor porque quiero ayudar a otras personas, esa sensación de alegría extrema me impulsa a continuar con mi trabajo.

Entre las fantasías de la niñez pocas veces quise ser super héroe, astronauta, abogado o alguien de pomposo reconocimiento, mi preocupación se enfocaba en una promesa que no cumplí a mi tía más querida pues murió mucho antes de que pudiera siquiera comenzar a problematizar el tema de la DM2. Durante 16 años me resigné y estudié otros temas propios de ciencias sociales como cuestiones campesinas -otra de mis pasiones- y objeto de tesis de licenciatura. Mientras estudiaba ese tema jamás pensé en aquella promesa infantil sobre curar la diabetes guiada por emociones más que por razonamiento. Sin embargo, el fantasma de la

diabetes me seguía como una plaga, siempre estaba ahí, en los campesinos, en mi familia, en mis amigos y familiares.

Ahora he trazado una vereda siguiendo indicios durante estos años y tengo una pequeña posibilidad de aportar desde mi profesión a los métodos de la ciencia médica para el tratamiento de la DM2.

Ya describí brevemente el motivo que me impulsó a estudiar la DM2 ahora es necesario explicar el cómo me acerqué a la unidad de análisis o bien las personas con DM2. Primero fue la lectura de teorías sociales sobre temas de salud y medicina a manera de antecedentes, autores clásicos de sociología como Durkheim, Weber y Marx fueron fundamentales para problematizar la salud desde un enfoque sociológico. Después fue la lectura de artículos sobre la DM2 para conocer los diversos abordajes en la actualidad, así comencé las lecturas especializadas con autores como Cockerham, García de Alba, Frenk, etc. En el camino de la educación institucional no sólo se aprende de los profesores, los compañeros son fundamentales. Una compañera me puso en contacto con el Dr. Gaxiola quien es epidemiólogo del HGZ+MF No.1 de La Paz que al revisar mi trabajo y mis ideas inmediatamente supo con quién tenía que dirigirme.

Este proceso de elaboración del protocolo de investigación fue complicado pues me enfrentaba a un tema nuevo y no siempre comunicaba de manera correcta mis ideas que en ese entonces eran difusas, se me criticó la parte genética de la DM2, “los peligros” de la parte cualitativa sobre la subjetividad de las personas y por supuesto la muestra que propuse -como si se tratase de encuesta- no podían concebir algunos de mis compañeros y profesores la parte social de la enfermedad crónica porque carecía de conocimientos y lenguaje técnico para explicarlo.

Con estos problemas que más de una vez intentaron extinguir mi voluntad llegué temeroso pero decidido a la delegación regional del IMSS ubicada casi al final del malecón de La Paz. Un compañero y amigo de posgrado me llevó desde la Universidad Autónoma de Baja California Sur hasta el lugar. Durante el traslado contemplaba las aguas cristalinas de color turquesa del Golfo de California y sentía el calor abrazador del viento mientras pensaba en todos los negocios locales, sus

productos, el clima, ese hermoso paisaje que invita al reposo y el sobreconsumo. Presenté entonces mi protocolo a la D en C Andrea Álvares y después de platicar sobre el tema aceptó ser mi tutora institucional en el IMSS. Lo siguiente fue hacer varios trámites burocráticos que ahorraré su descripción al lector/a por cortesía.

Una vez completados comencé a ir al HGZ+MF No.1 a realizar una primera exploración y presentarme con el personal del área de primer nivel de atención, fui durante dos meses ocasionalmente a observar situaciones, relaciones y acciones del personal dador de salud y las personas. Este acondicionamiento lo realicé debido a mi miedo y desagrado por los hospitales debido a que son lugares con demasiadas personas y gérmenes en sitios reducidos y cargados de varias emociones tan intensas como contrarias. Al pasar las semanas y en espera de la aprobación por parte del Comité local de investigación en salud 301 del IMSS, decidí comenzar a diseñar la estrategia metodológica que muestro en el apartado de procedimiento en el capítulo II. Al tener la pregunta de investigación clara pude pensar en qué técnica utilizaría, primeramente pensé en usar la entrevista en profundidad pero necesitaba más control de la información y periodicidad, así fue como decidí combinar la entrevista semiestructurada que permite organizar las preguntas por áreas de interés o temas y la historia de vida que facilita obtener información periódica para poder observar la evolución de la enfermedad, los hábitos así como su entorno social en la búsqueda de agentes y los mecanismos de transmisión social de la DM2.

El trabajo previo de asistir a las sesiones de grupo, realizar y compartir sus actividades además de rondar por los pasillos del hospital sirvió para tener cercanía con los pacientes y el personal médico. De esta manera me familiaricé con el entorno antes de ser aceptado oficialmente, fue hasta que obtuve la aprobación del Comité Nacional de Investigación que pude iniciar con el periodo de entrevistas, este fue en julio de 2019 y todo el trabajo previo facilitó que las personas bajo determinado perfil -descrito en el siguiente apartado- voluntariamente me regalaran unos minutos de su tiempo.

No hubo un lugar en especial para realizarlas, tuve que improvisar y adaptarme a las condiciones espaciales del área de DiabetIMSS, en ocasiones las hice fuera del consultorio de la doctora en un espacio de 2 m², en la propia aula del grupo al final de la sesión y tuve que pedir guardar silencio a las demás personas, en el cuarto de lavandería, en el cuarto de trabajo social, en fin, donde pudiera tener un ambiente más o menos controlado para obtener buenos registros de audio.

Las y los entrevistados fueron muy amables y generosos al aceptar hacer la entrevista en entornos poco agradables, no obstante, lo importante era la conversación y eso quedó registrado en audio que fue transcrito con corrección de sintaxis según (Bourdieu, 2013) para su uso. Algunas veces los médicos y enfermeras me preguntaban sobre cómo lograba acercarme a los pacientes ya que algunos eran de trato complicado. Considero que no hay secretos en la manera en que me acerqué a las personas, simplemente puse en práctica mis capacidades de habla y sobre todo de escucha, capacidades humanas que todos poseemos. Aunque es probable que mi formación en sociología y experiencia previa en campo me permitiera tener cierta sensibilidad y seguridad para guiar y producir las conversaciones. Sin duda hacerme con la confianza de las personas fue la parte más difícil. Esto fue antes de obtener una identidad en el hospital pues el gafete institucional me invistió de cierta autoridad y confianza de las personas, antes de obtenerlo dependía totalmente de mis capacidades de comunicación.

La constancia en los grupos y participar en sus actividades como un igual aunado al deseo de estar ahí con ellos, no por obligación sino por voluntad fue lo que permitió crear la comunicación y confianza para posteriormente hacer las entrevistas. La honestidad y el apego a la ética profesional sin duda son recursos que permiten una mejor relación con los pacientes, no son personas vacías de conocimiento o meros signos vitales con niveles altos de glucosa en sangre, saben lo que les duele o aqueja, la forma en que son tratados los pacientes en este modelo biologicista, corresponde a un modelo paternalista que desde mi punto de vista me parece inadecuado. No es culpa de las enfermeras o doctores es el propio modelo de medicina biologicista derivado del sistema sexo-genero.

Expuesta esta parte sobre cómo fue el camino hacia el templo de Esculapio, es decir la institución médica se puede explicar el procedimiento en términos formales.

Procedimiento.

Pregunta general de investigación.

¿Cómo establecer una relación entre estilo de vida, dieta, adicción y evolución de la DM2 en personas adscritas al IMSS en el HZ#1+MF en el municipio de la Paz-Baja California Sur en el periodo 2019-2020 para identificar agentes de transmisión sociopolítica de la enfermedad?

De acuerdo con los fines de la investigación se pretende establecer esta relación vía sociedad-ambiente, a lo cual se agrega el binomio tiempo-espacio. Lo anterior se conoce en epidemiología convencional como el estudio de la ecología humana, su relación con la salud de los seres humanos y su entorno mediante el estudio de la distribución y el origen de determinada enfermedad sobre alguna población y/o casos (Cockerham, 2002). Se dijo que análisis puede ser de dos tipos, de incidencia si se trata de brotes nuevos o casos sin precedentes en un periodo de tiempo específico como el SARS CoV-2 en China a finales del año 2019 o de prevalencia si se trata del alcance total de los casos existentes y nuevos en un momento dado.

Desde estos tipos de análisis de la epidemiología convencional sólo se pueden enunciar aspectos descriptivos mediante la correlación de variables en modelos estadísticos impersonales. Para complementar lo anterior los fines de esta investigación pretenden ir más allá de los datos, o sea aportar una explicación de la enfermedad con base en los casos que tienen nombre y apellido. Por esta razón se usarán dos técnicas:

a) Técnica de primer orden distributiva/descriptiva. Distribución y evolución de la enfermedad.

Análisis de la historia clínica de la persona para conocer el proceso de evolución de la enfermedad y obtener datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil y nombre.

Análisis de bases de datos del IMSS sobre DM2 en zona-La Paz. ¿Cuántos diabéticos hay en La Paz? ¿Cómo son diagnosticados?

b) Técnica de segundo orden interpretativa/reflexiva. Origen de la enfermedad.

Se requiere generar información sobre los cambios periódicos en la dieta de la persona para conocer su estilo de vida mediante la reconstrucción del modo de consumo habitual. También se necesita dar cuenta de la posible adicción observando la frecuencia de alimentos consumidos o ausentes en periodos prolongados de tiempo. Por esta razón se combinará la entrevista semiestructurada y la historia de vida mediante un guion dividido por distintas áreas de exploración y periodicidad con detonadores para obtener agentes potenciales que producen, reproducen y transfieren la enfermedad desde el medio social. Se propone nombrar a este instrumento: Protocolo de entrevista compuesta para epidemiología social -o no convencional-(PECES).

Tipo de estudio: Estudio de caso.

Universo: 11,500 personas con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al IMSS zona La Paz BCS

Población: 233 Personas con diabetes mellitus tipo 2 de ambos sexos adscritos al turno matutino de DIABETIMSS en el HZ#1+ MF durante el mes de Julio del año 2019.

Muestra:

Debido a que se trata de un estudio de caso, se realizará en 10 personas con un perfil que comprende: mujeres y hombres que padecen diabetes mellitus tipo 2 con un diagnóstico no mayor a 18 meses adscritos al turno matutino de DIABETIMSS en el HZ#1+ MF para consumir la entrevista compuesta (PECES) con consentimiento informado y en apego a los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Personas con DM2 no mayor a 18 meses de diagnóstico.
- Adscritas a DIABETIMSS HGZ#1 La Paz.

- Dispuestas a ser entrevistados respetando los aspectos éticos de Helsinki y Belmont, además del apego a la ley general de salud vigente art 100 y 101 sobre consentimiento informado.
- Durante el mes de Julio del año 2019

Criterios de exclusión:

- Pacientes con DM tipo 1 o insulino dependientes.
- Menores de 20 años.
- Más de 18 meses de evolución de DM2 desde diagnóstico.
- Que no acepten participar en la entrevista.

Criterios de eliminación:

Personas que no completen el periodo de entrevista.

Procedimiento.

Con previa autorización del Comité local de investigación en salud 301 del IMSS, se invitó a participar a 10 personas de ambos sexos que padezcan diabetes mellitus tipo 2 con un diagnóstico no mayor a 18 meses de evolución de la enfermedad para entrevista compuesta (PECES) con base en los criterios establecidos anteriormente- en el HGZ#1 más MF. Las entrevistas sirven para generar información reflexiva (Maass, Amozurrutia y González, 2015) por esta razón se someten a un guion previo conformado por preguntas y temas a cubrir relacionados con la pregunta de investigación. Lo que se buscó fue registrar la frecuencia de alimentos consumidos por periodos de tiempo prolongados -lo habitual- antes del diagnóstico-tratamiento y después de recibir el acompañamiento médico con la finalidad de observar cambios en el modo de consumo relacionados con el estilo de vida.

Si bien la significancia en términos matemáticos por muestreo no se cumple, no se considera una prioridad en esta investigación debido a que ya existen bases de datos con tal información descriptiva/distributiva. Por esta razón el estudio se centra en lo social por medio del estilo de vida y patrones de consumo que incidieron en la experiencia de vida de la persona para la adquisición y evolución de la enfermedad en entornos específicos.

Aspectos éticos.

En este estudio se toman en cuenta los principios de Belmont sobre el respeto a las personas, o sea su autonomía a la decisión de ingresar libremente al estudio, así como el principio de beneficencia porque en esta investigación no se causa daño a la persona entrevistada y tiene posibles beneficios al mejoramiento del tratamiento de primer nivel y aporte a los métodos de la medicina convencional sobre conocimiento epidemiológico.

Se realiza de acuerdo con la Declaración de Helsinki en su última revisión de 2013 en lo que respecta al párrafo 9 que refiere al respeto de la protección de la vida, la salud, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en una investigación. En el presente estudio se usó el PECES -técnica de diseño propio- para obtener información acerca de la composición de la dieta y hábitos condicionales de las personas por periodos prolongados de tiempo, se consideró un mínimo de riesgo ya que no se hace ninguna acción comprometida sobre ellas. Además, podrán beneficiarse de los conocimientos derivados de la investigación.

Dado que se hicieron entrevistas, estas deben ser con consentimiento informado de acuerdo con el párrafo 25 sobre la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica indica que debe ser voluntario y personal. Párrafo 23 sobre la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial recibirá información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial será informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En el párrafo 10 sobre considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. Se tomó en cuenta la Ley General de Salud en el Título Quinto, Capítulo único en lo que respecta a los artículos 96 fracción IV, 98, 100 y 101.

Después de definir y mostrar la estrategia teórico-metodológica en la que se basa esta investigación se puede proceder al análisis de los casos, de esta manera se abre el tercer capítulo con la presentación del contexto de la DM2 como problema de salud pública en el municipio de La Paz donde se mostrarán algunas cifras sobre el panorama general de salud del Estado sudcaliforniano.

Capítulo III. Pequeños placeres y grandes consecuencias.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como problema de salud pública en La Paz.

En el panorama general de salud de Baja California Sur la esperanza vida en el año 2019 es de 76 años para mujeres y 74 para los hombres. Las principales causas de muerte según los tabulados de defunciones del INEGI son:

Tabla 1. principales causas de muerte en Baja California Sur.

1. Cardiopatías
2. Tumores malignos -cáncer-
3. Diabetes
4. Enfermedades del Hígado
5. Accidentes automovilísticos

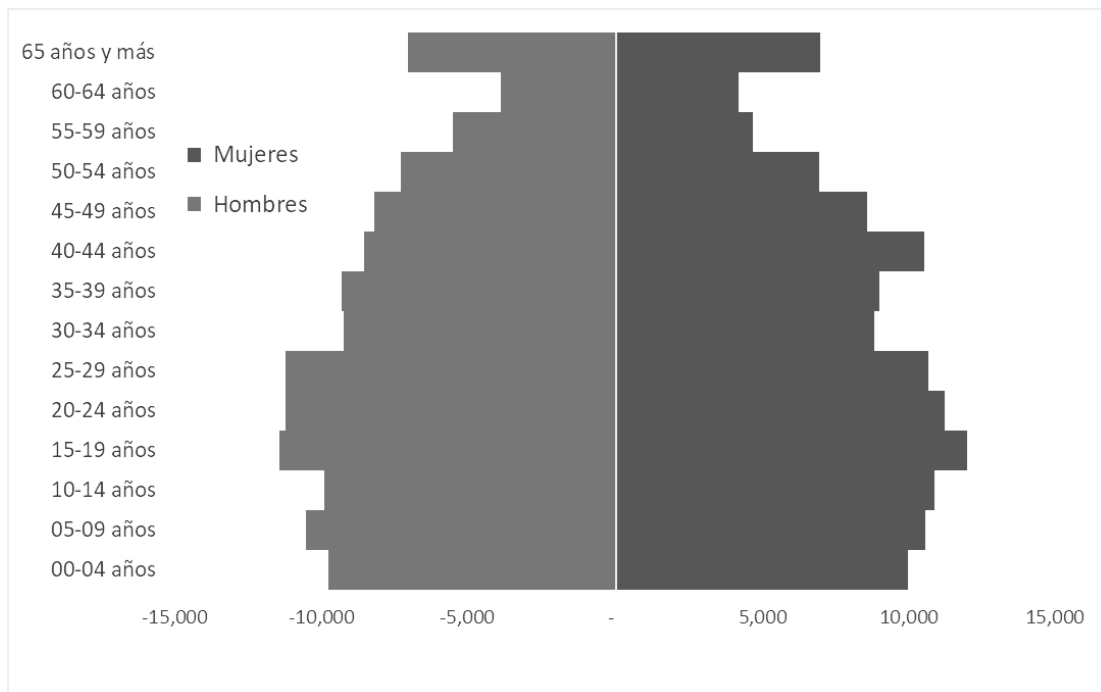
Fuente: Tabulados de defunciones INEGI año 2018.

Lo anterior obedece a un patrón de mortalidad postransicional con base en lo que se ha discutido anteriormente, pero según (Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al, 2012) en los resultados sobre menores de cinco años de edad para el Estado de Baja California Sur 15.4% presentó diarrea en las últimas dos semanas antes de la encuesta, esto representa un alto porcentaje pues está en segundo lugar

después de Yucatán que tiene 17.7%. Asimismo, en enfermedades respiratorias el porcentaje en menores de 5 años fue de 51.5%, de 5 a 9 fue 37.1% y de 10 años 44.3%. De esta manera se puede observar el fenómeno mesotransicional, o sea, esta fase de estancamiento donde se superponen las enfermedades infectocontagiosas con los padecimientos crónicos y conforman un perfil epidemiológico crítico para los sistemas de salud públicos.

Por otro lado, la prevalencia de diabetes en Baja California Sur es de las más altas del país 8.2% - 9.2% con tendencia de crecimiento en grupos de edad menores de 20 años pues a nivel nacional el Estado sudcaliforniano es el segundo lugar en diabetes infantil y el tercero en diabetes mellitus tipo 2. En suma, la población mayor a 60 años representa apenas 5% - 7.6% del total de diabéticos lo que significa un reto en el perfil epidemiológico pues para 2050 al alcanzar la transición demográfica, el tener una población joven enferma de diabetes, niños con padecimientos infecciosos y crónicos, mientras la mayor proporción de la población se encuentra envejecida y por lo tanto dependiente apuntala al colapso social. Resulta escabroso este futuro escenario de salud. Parte de lo anterior se puede observar en la figura 2, una importante proporción de hombres y mujeres mayores de 65 años es dependiente de las personas económicamente activas que al año 2010 aún son suficientes, lo mismo pasa con el grupo quinquenal de 0 a 4 años.

Figura 2. Pirámide poblacional del municipio de La Paz (BCS) por grupos quinquenales de edad.



Fuente: INEGI, Censo de población y vivienda 2010, tabulados del cuestionario ampliado. Elaboración del autor.

Si lo anterior es correcto debido al crecimiento económico, reducción de la tasa de mortalidad y natalidad se puede decir que el municipio de La Paz se encuentra en equilibrio poblacional sin contar el factor turístico debido a las características económicas del Estado sudcaliforniano.

El problema más grave es la obesidad y el sobrepeso porque generan padecimientos crónicos degenerativos de largo plazo e incurables relacionados a la morbilidad. Aún más importante que combatir la anemia de las zonas rurales del país, más peligroso que los brotes de virus y bacterias pululantes en zonas cálidas, áridas y turísticas como Baja California Sur es imperativo mitigar la diabetes porque las anteriores se relacionan directamente con la mortalidad. Es decir, las personas mueren pronto por padecimientos infecciosos, se pueden contener brotes epidemiológicos de virus y bacterias conocidas, y no ocasionan gasto constante por periodos prolongados de tiempo al sistema de salud público como los padecimientos degenerativos incontenibles e incontrolables hoy. Según los resultados de la encuesta de 2012 *“El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia*

de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional". según (Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. 2012: 149) Y Baja California Sur se encuentra justo en esta región.

Debido a lo anterior en el año 2009 se volvió operativo el modelo de DiabetIMSS en todo el país como esfuerzo del IMSS para controlar la DM2, brindar tratamientos preventivos mediante la implementación de guías prácticas para el control y tratamiento del paciente diabético aún vigentes. El siguiente apartado está dedicado a mostrar la dinámica del modelo institucional desde la interpretación del autor sobre la guía práctica y su ejecución por parte del personal médico y pacientes en el aula del HGZ#1+MF.

El modelo de DiabetIMSS.

DiabetIMSS se creó en el año 2009 y su programa se imparte dentro del HGZ#1+MF del municipio de La Paz en la planta baja del hospital correspondiente al primer nivel de atención de enfermedades donde se realizan diagnósticos y actividades relacionadas con la prevención. Es apenas un cuarto de no más de 20m2 dispuesto con 20 sillas, un escritorio, un aire acondicionado, una computadora y un pizarrón blanco mediano portátil. Este reducido espacio junto a la puerta de servicio, la ropa de lavandería y el área de trabajo social sirve a las personas que acuden mensualmente a su cita para pasar el tiempo recibiendo información por parte de una enfermera, una nutrióloga y pasantes de enfermería sobre cómo deben cuidar su cuerpo, controlar sus emociones, tomar sus medicinas y motivarse para realizar ejercicio físico mientras esperan su turno con el/la médico familiar en turno. Estos cuatro ejes son básicamente el modelo de DiabetIMSS.

Al menos hay cuatro sesiones a la semana por grupos. Hay dos turnos, el matutino y el vespertino. Para esta investigación sólo se trabajó con seis del total de grupos matutinos. Están conformados por números variables de personas, puede haber desde 6 hasta 25 y coinciden normalmente en tiempo de diagnóstico por meses de evolución de la enfermedad.

Las actividades están organizadas en 12 sesiones, una por mes, desde la presentación de bienvenida y reflexiones sobre vivir con diabetes hasta la sexualidad y la salud reproductiva al final del programa. Las cuales se pueden revisar en mayor detalle en (Gamiochipi, 2009: 7-8)

El modelo tiende a ser educativo y se ajusta a una guía práctica (Gamiochipi, 2009) sobre los temas de las sesiones y actividades de aprendizaje. Se trata de un modelo de educación conductista pues persigue objetivos, está estructurado por competencias y temas que (Gamiochipi, 2009) consideran relevantes además de utilizar incentivos y desincentivos para alcanzar tales objetivos, por ejemplo “el paciente del mes” que se muestra en la figura 2. La idea de premiar al mejor paciente es motivar a los demás a lograr superarse, pero donde hay ganadores hay perdedores y estos modelos por competencia fomentan el individualismo en vez de la cooperación y creación de comunidad o fortalecer la cohesión de grupo.

Así el equipo se conforma por una enfermera que está totalmente comprometida con las personas, se involucra en sus dolencias e inquietudes, los escucha y atiende, hace de las sesiones lo mejor posible para atraer a las personas y así evitar que abandonen el programa. La nutrióloga les enseña cómo comer y beber, algunas personas dicen no siempre entenderle y expresan sus dificultades al seguir las dietas que recomienda debido a problemas económicos o dificultades en la apropiación de los productos, ya sea porque no saben cocinar o viven en casas de familiares y comen indiferenciadamente del resto de la familia.

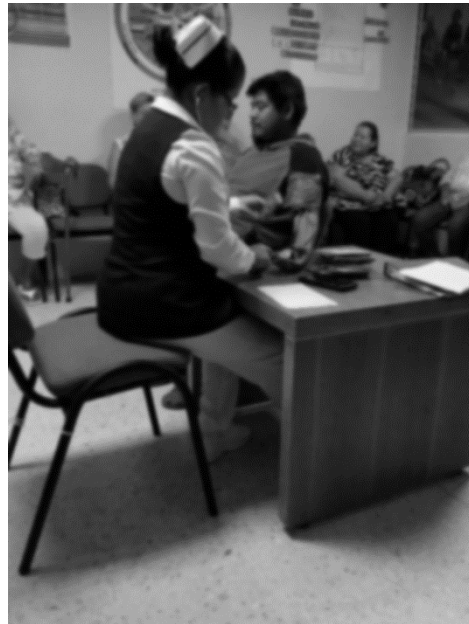
La doctora a cargo tiene especialidad en medicina familiar y hace lo posible por ayudar a las personas a sobrellevar su padecimiento crónico con fármacos y estudios de laboratorio, principalmente pruebas de glucosa, colesterol, triglicéridos, peso, etc., estos indicadores son las voces de los pacientes, pues dicen a la doctora qué está mal en su cuerpo. Las siguientes figuras muestran algunas de las actividades, lugares y relaciones sociales que conforman DIABETIMSS.

Figura 3. paciente del mes en DIABETIMSS



Fuente: Archivo del autor 01/07/2019.

Figura 4. Toma de signos vitales.



Fuente: Archivo del autor 18/07/2019

Figura 5. activación física.



Fuente: Archivo del autor 22/07/2019

Las pasantes de enfermería tienen por función auxiliar a la enfermera y también dar algún tema a las personas, cambian cada mes y por esta razón no logran involucrarse del todo debido a estos constantes cambios.

Figura 6. Higiene bucal.



Fuente: Archivo del autor 16/07/2019

Figura 7. Aprender a comer y beber saludable mediante un juego de mesa



Fuente: Archivo del autor 18/07/2019

Las actividades dentro del grupo fomentan el trabajo en equipo, una característica propia de los modelos de educación conductista y se valen de recursos lúdicos para facilitar el rápido aprendizaje por parte de las personas. También hay participación de los/las pacientes en las sesiones sobre cómo cuidarse y cómo se cuidan ellos/as mismos/as.

El impacto de este programa no está medido del todo pero según el equipo de DiabetIMSS de un grupo de 25 personas sólo una o dos logran mejorar sus indicadores bioquímicos, es decir logran controlar la evolución de la enfermedad retrasando sus complicaciones. Mientras que el resto requieren ser canalizados a medicina interna en el segundo nivel de atención que conlleva la medicalización de la vida y atar el cuerpo a una máquina de diálisis peritoneal o hemodialisis. Las complicaciones o conciencias objetoras al programa son las razones principales de canalizar a las personas hacia tal área.

En campo se pudo observar el duelo que sufre un grupo al perder a un miembro cuando es dado de alta del programa para ser canalizado a medicina interna, pues saben que la esperanza comienza a abandonar el aula porque la mayoría presentarán complicaciones que los encaminarán al mismo destino. Cuando esto sucede, dependiendo de la cohesión del grupo se hace una breve despedida que

devasta las emociones del grupo, estos invocan a fuerzas superiores de orden religioso, pues ya no hay más qué hacer en este estado de cosas.

Un aspecto interesante que se pudo observar al revisar los apuntes en el diario de campo y las historias clínicas es que los grupos presentan uniformidades respecto a su nivel de glucosa, triglicéridos, etc., es decir, cada grupo tiene su problema común, unos tienen más alta la glucosa, otros en colesterol y otros los triglicéridos.

Una vez expuesto el programa institucional del IMSS para el control del paciente diabético podemos pasar a los casos, se presentarán 10 en total. Se mostrará la evolución de la DM2 en cada persona con base en sus indicadores bioquímicos para compararlos con los parámetros aceptables y también se contrastará con lo dicho en sus entrevistas para poder reconstruir la etiología social del padecimiento en cada caso y así poder buscar concomitancias entre ellos con la finalidad de obtener la diabetogénesis y los agentes de transmisión.

Etiología social por caso.

“El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad” William Osler.

Etimológicamente hablando la etiología no es más que el estudio de las causas de determinado fenómeno, sin embargo (Durkheim, 2015) advierte que en la búsqueda de las causas de un fenómeno social llegar a la causa eficiente es un esfuerzo estéril y difuso. Escribe que,

“Todo individuo bebe, duerme, come, razona y la sociedad tiene gran interés en que estas funciones se ejerzan de un modo regular. Por tanto, si estos hechos fuesen sociales, la sociología no tendría un objeto que le fuese propio y su dominio se confundiría con el de la biología. En toda sociedad hay un grupo determinado de fenómenos que se distinguen por caracteres definidos de los que estudian las otras ciencias de la naturaleza. Cuando yo cumplo mis funciones de padre, esposo o ciudadano [...] Consisten en formas de obrar, pensar y sentir, exteriores al individuo y están dotados de un poder de coacción en virtud del cual se imponen. En consecuencia, no podrían confundirse con los fenómenos orgánicos puesto que aquéllos consisten en representaciones y en acciones”. (Durkheim, 2015: 7-9)

La etiología social que aquí se propone tiende a la búsqueda del hecho o conjunto de hechos sociales que producen la DM2 más no a la causa de la etiología convencional ligada a la historia natural de la enfermedad. La definición de hecho social es la siguiente:

“Es hecho social toda manera de hacer, fija o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior; o también que es general dentro de una sociedad dada a la vez que tiene una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales”. (Durkheim, 2015: 17)

Con base en lo anterior se procede a presentar los casos.

El primer caso corresponde al código J,35, EO, M,14 cuyos datos se encuentran en la tabla #13 en el anexo de esta investigación, esto se lee así: J corresponde a la primera letra de su nombre, 35 a su edad actual, EO a su ocupación de empleado de oficina en este caso, M de masculino y 14 es el número de meses registrados en su historia clínica sobre la evolución de su DM2. Este código estará presente en adelante para referir a la persona en su exposición. Mediante los ingresos y tipo de vivienda se clasificó a las personas por nivel socioeconómico con base en (López, 2010). En este caso sus ingresos y tipo de vivienda lo colocan dentro del 17.9% de la población que obtiene un ingreso mensual entre 13, 500 a 40, 599 pesos MXM en la clasificación C.

Tabla 2. Evolución de DM2 J,35, EO, M,14.

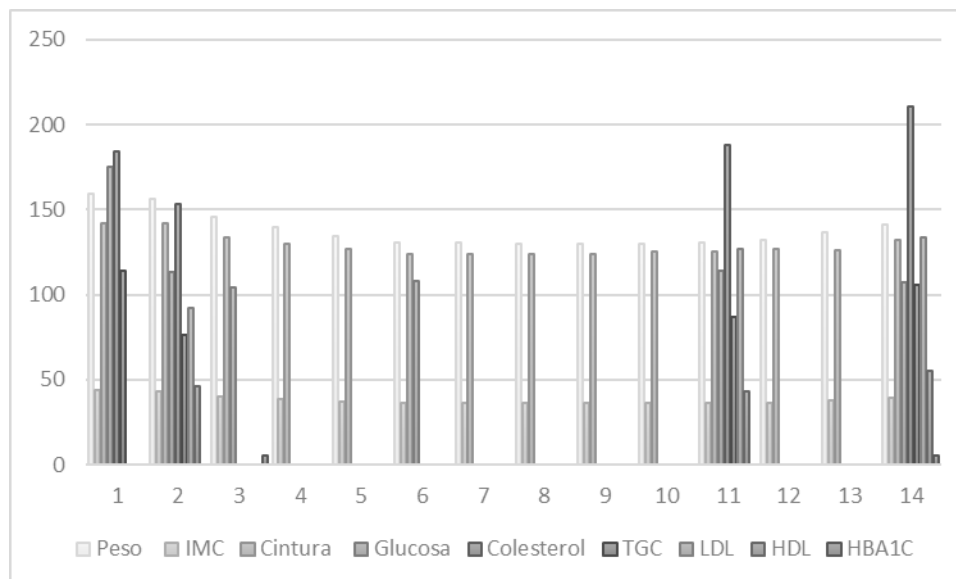
Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	159	190	44.04	142	175	184	114			
2	156.5	190	43.35	142	113	153	76	91.8	46	
3	145.5	190	40.3	134	104					5.6
4	140	190	38.38	130						
5	134.5	190	37.26	127						
6	131	190	36.24	124	108					
7	130.5	190	36.14	124						
8	130	190	36.01	124						
9	130	190	36.01	124						
10	130	190	36.01	125						
11	130.5	190	36.14	125	114	188	87	127	43	
12	132	190	36.47	127						
13	137	190	37.95	126						
14	141	190	39.05	132	107	211	106	134	55	5.3

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Llegó al programa de DiabetIMSS debido a presentar afectaciones para realizar sus tareas diarias como debilidad, mareos, vómitos, dolores de cabeza constantes, etc., síntomas de hiperglucemia por lo cual al hacerle la prueba de glucosa en el área de

urgencias mostró valores por encima de los 120mg/100ml de sangre. Por esta razón fue enviado al programa preventivo.

Figura 8. Evolución de DM2 J,35, EO, M,14.



Fuente: elaboración propia con base en registros de historia clínica de la persona.

Los indicadores bioquímicos de J,35, EO, M,14 según la tabla 2 en comparación con la 12 muestran que hay una glucosa mayor a 120 mg/ 100ml de sangre en el primer mes por lo cual está en el límite aceptable, sin embargo, el programa ha funcionado al disminuir su glucosa a valores aceptables, por otro lado, su colesterol y triglicéridos han aumentado y están dentro de los límites máximos. Su cintura ha disminuido en proporción a su peso e índice de masa corporal. Lo anterior se puede observar en la tabla 2 y la figura 8 al contrastar los datos del mes 1 al mes 14.

Es originario de la CDMX, pero radica en La Paz desde hace más de 10 años, trabaja en oficina con horario de lunes a viernes de 8:00 AM a 15:00 PM. Tiene dos hijos. Menciona que sus padres y abuelos no padecieron diabetes y sus hijos no están en riesgo actualmente. Debido a su trabajo, tiene libres las tardes y las aprovecha para pasear con sus hijos o jugar juegos de mesa. Disfruta descansar, tiene amigos, pero no los ve seguido por lo que su vida transcurre en el trabajo y la casa. Después de reconstruir su vida familiar, vida laboral y relaciones interpersonales, ahora veamos su alimentación, menciona que 20 años atrás su

mamá cocinaba y su platillo favorito era el pozole, recuerda la sazón de su mamá salada y grasosa.

Cuando se le preguntó qué comía seguido respondió:

“El pozole no, la Coca-Cola sí. Era muy variada la comida en casa de mis papás, pero sí predominaba la carne, de siete días cinco había carne, los demás mariscos”. (J,35, EO, M,14)

Dijo que los alimentos que siempre han estado presentes en su vida son: “Refresco, tortillas, carne y mariscos, camarón, atún, pulpo y marlín” (J,35, EO, M,14). Después del diagnóstico sigue gustando del pozole, pero ya no lo puede comer. En su despensa no hay productos enlatados, sólo atún. Ahora acompaña las comidas con agua natural. Hace sus compras en el supermercado en general y menciona que: “No puedo comer nada, no puedo comer harinas, semillas, lácteos y derivados, algunas verduras y algunas frutas tampoco” (J,35, EO, M,14).

Respecto a sus comidas dijo hacer cinco al día en los siguientes horarios: Ocho de la mañana, 12, cuatro, seis de la tarde y 9 de la noche. Cuando se le preguntó sobre la DM2 la definió como: “Es cuando el cuerpo no procesa el azúcar de una manera correcta” (J,35, EO, M,14). Mencionó que toda su vida ha hecho actividades deportivas como, boxeo, ciclismo, kung fu, MBA y caminata. Por lo que solía ir al médico en caso de lesiones únicamente, nunca por prevención.

Al preguntarle sobre la razón de que enfermara de diabetes tipo 2 respondió:

“Simplemente es la mala alimentación que tuve, pero se dice que es algo que ya tenemos y se detona, todos somos diabéticos, pero no a todos se les detona. Reconozco que tuve una muy mala alimentación”. (J,35, EO, M,14).

Gracias al PECES se pudo comprender el por qué su colesterol y triglicéridos están altos pues gusta de los mariscos y la carne asada, no los ha podido dejar de consumir, redujo su ingesta de carnes rojas, pero aumento las blancas y lácteos, su estilo de vida es sedentario debido a su trabajo y vida familiar por lo que no realiza ejercicio actualmente.

Ahora se presentará el segundo caso. Se trata de una mujer de 62 años, trabajadora doméstica en su hogar con 15 meses de evolución de DM2. Se encuentra en el nivel socioeconómico E junto con el 6.7 % de la población según (López, 2010) por lo que le es más complicado acceder a una mejor alimentación y estilo de vida desde el modelo de medicina vigente y la economía de mercado, se adelanta al lector/a que vive en casa de su hermano y hace comida para toda la familia. Presenta disposición a cambiar sus hábitos, pero su entorno no lo permite.

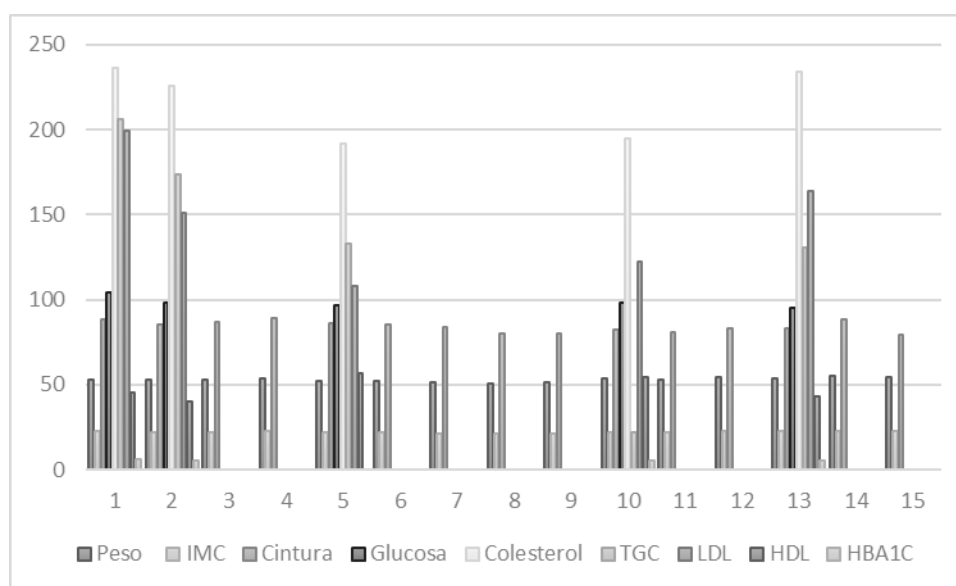
Tabla 3. Evolución de DM2 G,62, TD, F,15.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	53	155	22.64	88	104	236	206	199	45	5.7
2	53	155	22.06	85	98	226	174	151.2	40	5.6
3	53	155	22.06	87						
4	53.5	155	22.85	89						
5	52	155	21.64	86	97	192	133	108	57	
6	52	155	21.64	85						
7	51	155	21.2	84						
8	50.5	155	21.01	80						
9	51.5	155	21.43	80						
10	53.5	155	22.26	82	98	195	22	122	54	5.3
11	53	155	22.06	81						
12	54.5	155	22.65	83						
13	53.7	155	22.35	83	95	234	131	164	43	5.6
14	55	155	22.89	88						
15	54	155	22.53	79						

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

La tabla 3. Muestra la evolución de su DM2 al igual que la figura 9 pero en forma de gráfica para facilitar la lectura del caso.

Figura 9. Evolución de DM2 G,62, TD, F,15.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Su glucosa se encuentra dentro de los valores normales al igual que los resultados de sus pruebas HBA1 sobre hemoglobina glicosilada que permiten observar la cantidad de glucosa en sangre de tres meses atrás. Sin embargo, su colesterol y triglicéridos presentan valores por encima de los límites según la tabla #12 en el anexo sobre indicadores bioquímicos. Su peso y glucosa varían constantemente, al final del mes 15 ha ganado peso y reducido su cintura. En el mes uno, dos y 13 se encuentran más altos su colesterol y triglicéridos. Dicho esto, se procede a la reconstrucción de su vida para mostrar la etiología social de su DM2.

Un día normal en la vida de esta persona transcurre así.

“Conviviendo en casa en la comida, vivo en casa de mi hermano. Él está jubilado y en vacaciones como ahora estamos todos ahí. Yo hago desayuno, el aseo, la comida, la cena y así es mi día. También cada tercer día limpio una casa de 8 de la mañana a medio día y vuelvo a casa de mi hermano”. (G,62, TD, F,15)

Menciona que nadie cuida de ella, por el contrario, ella cuida de la casa, de su hermano y de sus sobrinos. En la entrevista mencionó que tiene tiroides, esta es la razón por la que fue canalizada al programa DIABETIMSS pues afectaciones en esa glándula producen alteraciones metabólicas.

Dice que sus abuelos padecieron diabetes, tiene dos hijos y mencionó que están en riesgo de padecer DM2 porque no cuidan su alimentación. A parte de trabajar en la casa donde vive tiene 10 años de hacer la limpieza en un consultorio.

Respecto al área de ocio y relaciones interpersonales expresó gusto por su grupo religioso, así como mantener orden y limpieza de sus objetos personales. Mencionó también que:

“Con mis amigas nos vamos a desayunar a nuestras casas y comemos, platicamos, nos reímos somos tres las de siempre y platicamos acerca de nuestros problemas o los que hay en la colonia. A veces nos juntamos para ir a ver a una amiga que tiene fibromialgia”. (G,62, TD, F,15)

Al preguntarle sobre su alimentación a los 20 años dijo que su mamá era la encargada de hacer la comida, recuerda una sazón salpimentada. Su comida favorita es el mole rojo, y gusta del agua de tamarindo. Los alimentos que siempre

han estado presentes en su dieta son: “Frijol, arroz, pollo, poco pescado porque no me gusta. Lentejas, garbanzo, muchas semillas” (G,62, TD, F,15).

Menciona que el lugar donde obtenía usualmente esos alimentos era el supermercado. En eventos especiales recuerda que había refrescos, ensaladas y pasteles de menú. Actualmente hay en su despensa: “Tomate, atún, arroz, frijol, leche, pan, queso, salchicha, jamón, verduras”. (G,62, TD, F,15). Actualmente gusta de la mole, y picadillo y los acompaña con aguas frutales azucaradas hechas en casa.

Al preguntarle sobre alimentos que no puede dejar menciona que: “El azúcar me encanta, hago el café muy dulce, el agua también. Sobre todo, el pan de dulce. Refrescos los tomo, pero no diario, ayer me tome un vaso de Coca-Cola”. (G,62, TD, F,15).

Al ser diagnosticada y entrar al programa dice que:

“Por salud y la experiencia de mis padres, dejé el azúcar un poco, las grasas, las harinas. Mi padre recuerdo que antes que le hicieran el lavado de sangre le dije, tenga cómaselo, yo le daba todo lo que quería de comida. Ahora que yo tengo esto estoy harta de tener que venir al seguro y no poder comer lo que me gusta porque es desgastante salir por la madrugada y esperar tanto tiempo”. (G,62, TD, F,15)

Sobre sus comidas diarias: “Desayuno, a las 10 u 11 y la comida a la una o dos, pero son dos comidas bien. Por la tarde me como un mango o algo así. También café con pan tostado y no ceno” (G,62, TD, F,15)

Al preguntarle sobre su reflexión de por qué enfermó de DM2 dijo que:

“Hasta ahora que estoy en DiabetIMSS sé que, por la alimentación, por comer cosas que no son buenas, me descuidé, no fui responsable. Le comentaba que en casa de mis padres yo comía de todo y lo sigo haciendo, para qué le voy a decir mentiras. Pensé que no me iba a dar a mí, que no iba a ser diabética. Pues en general por no haber sido responsable con mi vida, eso me trajo estas consecuencias, esta enfermedad tan fatal que lleva a la muerte, lenta y triste a la vez porque veo a mi hermano que le cortaron un pie y a mi papá también. Todo eso lo veo y ni así tomo consciencia pues como dulces, chocolates y

todas esas cosas, me es difícil, yo quiero, pero no puedo y ya estoy viviendo las consecuencias. Ahora trato de no comer tanto ni tan frecuente. Me es difícil pero no imposible porque yo me quiero sentir bien. Y ahorita dejé la carne y salió elevado mi colesterol, pero hasta ahora mantengo mi peso”. (G,62, TD, F,15)

Sobre lo que come, “ahora, claro que sé que hay muchas cosas que no debo de comer porque me hacen daño y antes no sabía que era perjudicial para mi salud”. (G,62, TD, F,15). Debido a que come grasas, sal y azúcar provenientes de la comida que prepara para todos en casa es que su colesterol y triglicéridos son tan altos, además que no realiza actividades físicas que generen impacto significativo en su gasto calórico diario. Interesante es saber que ella conoce las complicaciones de la DM2 y aun así ella misma dice no poder cambiar sus hábitos. De ahí la relevancia de un estudio como este sobre lo que se propone llamar hábitos-condicionales pues al presentarse un estímulo se obtiene una respuesta inmediata que, aunque la persona reflexione y sepa que se hace daño se ve condicionada bio-psico-sociológicamente a responder ingiriendo el estímulo. Con estas reflexiones se termina con este caso para pasar al siguiente.

Se trata de un hombre de 55 años en condición de desempleo, tiene acceso al seguro gracias a su esposa. Se encuentra en el nivel socioeconómico E junto con el 6.7 % de la población según (López, 2010) y le diagnosticaron DM2 hace 15 meses porque sus indicadores bioquímicos sobrepasan los niveles normales y no muestra mejoría, su prueba HBA1 se aleja cada vez más del límite máximo que es 6 mg/ 100ml de sangre según la tabla #12 que se puede consultar en el anexo.

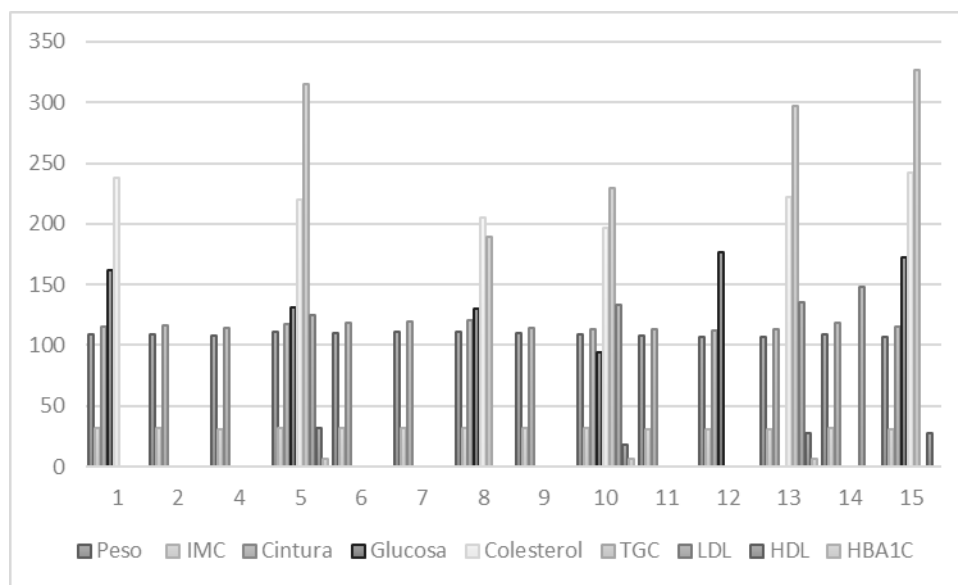
Tabla 4. Evolución de DM2 J, 55, DO, M, 15.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	108.5	186	31.36	115	162	238				
2	108.5	186	31.36	116						
4	107.5	186	30.93	114						
5	110.5	186	31.94	117.5	131	220	315	125	32	6.3
6	110	186	31.8	118						
7	110.5	186	31.94	119						
8	111.5	186	31.94	120	130	205	189			
9	109.5	186	31.65	114						
10	109	186	31.5	113	94	197	229	133	18	6.6
11	107.5	186	31.07	113						
12	106.5	186	30.78	112	177					
13	107.3	186	31.01	113		222	297	135	27	6.6
14	109	186	31.5	118				148		
15	107	186	30.92	115	172	242	327		28	

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

En la tabla 4 arriba y figura 10 debajo de estas líneas se puede apreciar el incremento mensual de la glucosa, triglicéridos y colesterol, además de las pruebas HBA1 que miden la hemoglobina glicosilada de tres meses atrás.

Figura 10. Evolución de DM2 J, 53, DO, M, 15.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Nació en Guerrero Negro, sus padres son originarios de Sonora y Santa Rosalía por lo que llegó a los 17 años a La Paz. ¿Al preguntarle cómo es un día normal en su familia? Respondió:

“Es muy difícil porque trato de vivir lo mejor que puedo día a día. Pasamos por una situación muy difícil y desde ahí me puse muy mal, fui al hospital y me dijeron que tengo diabetes. Esto fue hace un año cuatro meses o tres meses”. (J, 55, DO, M, 15)

Menciona que su esposa le ayuda con sus cuidados diarios tanto personales como de la casa y que le ha sido difícil cambiar su régimen alimenticio. Dijo que su mamá ha sido la única en desarrollar DM2 en su familia a parte de él. Al preguntarle sobre el riesgo de sus hijos a enfermarse de DM2 mencionó:

“Pues sí está en riesgo porque es joven y no entiende cómo se adquiere la enfermedad, come en abundancia y está engordando”

demasiado. Por lo regular cuando uno no conoce esa enfermedad no se mide hasta que llega”. (J, 55, DO, M, 15)

Su oficio era la carpintería de obra blanca y muebles, pero la enfermedad le ha impedido continuar con su trabajo pues la retinopatía y neuropatía diabética le impiden manejar sus extremidades con la fuerza y destreza que requiere, además de que perdió la precisión visoespacial.

“Pues por ahora no estoy trabajando porque me fui con mi familia a San José del Cabo y nos pasó una situación complicada así que me regresé para acá y no me he podido acomodar ni mental ni físicamente. No he podido trabajar porque no encuentro trabajo y perdí la seguridad que tenía para realizar mi trabajo, no puedo hacer las cosas bien”. (J, 55, DO, M, 15)

Habló de que cuando trabajaba completaba 8 horas diarias de lunes a sábado y le quedaba tiempo para la familia y descansar. Gusta de pasear por las playas, los parques y estar en familia. Ahora su tiempo libre lo dedica a construir una nueva casa en un terreno que tiene en La Paz. Trabajó mucho tiempo en San José del Cabo, pero menciona un incidente relacionado con la violencia y por esta razón no puede habitar allá; en La Paz está inestable pues no tiene casa propia ni trabajo. En sus palabras “Estoy inestable porque no puedo estar ni aquí ni allá y ando con la mente divagando”. (J, 55, DO, M, 15)

El tiempo que pasaba con sus amigos lo dedicaba a:

“Nos íbamos a pescar de orilla, nos divertíamos en la playa pescando, de esta manera a parte de divertirnos obteníamos comida. También hacíamos eso en los días que no teníamos trabajo o días libres como fines de semana, nos quedábamos en la noche a pescar y allá era la diversión eso”. (J, 55, DO, M, 15)

Sobre su alimentación dice que, “antes iba mucho a comer a la calle, carnitas, puerco, tacos, pizzas, hamburguesas, caldos con mucha carne, carne asada. (J, 55, DO, M, 15)

Al preguntarle si hacía dieta antes respondió:

“No, porque como trabajaba mucho pienso que ahí se equilibraba el cuerpo porque tenía mucha actividad y ahora no puedo comer nada, procuro seguir la dieta, pero la verdad sí como de todo, aprendí aquí a comer, sé qué me hace daño, pero aun así me lo

como porque me es muy difícil cumplir la dieta”. (J, 55, DO, M, 15)

Al preguntarle sobre su alimentación a los 20 años menciona que su mamá era quien, hacia la comida en casa, después su esposa, recuerda que la sazón de su madre era principalmente grasa, la manteca de puerco la usaba para todo. También recuerda que comía tortillas de harina con frecuencia y le gustaban.

Sobre las bebidas dijo que:

“Pues antes no se tomaba tanto refresco como ahora, ya están invadidas todas las tiendas por refrescos que contienen pura azúcar y nos hacen daño. Antes tomaba agua de naranja o de frutas”. (J, 55, DO, M, 15)

Sobre la frecuencia en su comida favorita: “Todos los días porque era la cena, era nuestra costumbre porque éramos muchos y era la comida más barata la tortilla de harina con frijoles y queso fresco”. (J, 55, DO, M, 15)

Recuerda que en la cocina de su mamá siempre había: “Leches americanas enlatadas, fui criado con la leche Carnation porque no había otra más que esa, harina, frijol, arroz, no había tanta carne, verduras y frutas todo el tiempo hubo”. (J, 55, DO, M, 15)

Menciona que esos alimentos los obtenían del mercado y en eventos especiales acostumbraban a comer tamales de res y puerco. En la actualidad en su cocina hay: “Pollo, cocido, carne de res, verduras, es lo que más como ahora caldos”. (J, 55, DO, M, 15)

Debido a que vive en casa de otras personas toma casi diario un vaso de refresco o Coca-Cola. Al preguntarle si le gusta la cocina respondió:

“Yo hacia la comida para mis dos hijos porque trabajaba en la casa y la señora salía, les gustaba que les preparara un guisado de carne con verduras, pero yo sé cocinar de todo”. (J, 55, DO, M, 15)

Menciona que ahora toda la comida la obtiene del supermercado, y que no ha podido dejar de tomar refrescos porque, “estaba muy acostumbrado, diario en cada comida había refresco”. (J, 55, DO, M, 15) también dejó de comer tortillas de harina,

maíz y pan. Dice hacer dos comidas y ocasionalmente cena, su desayuno es a las ocho de la mañana, su comida principal es a las cuatro de la tarde y la cena a las 9.

Su definición de DM2 es la siguiente:

“Es la recaída del cuerpo, se recae del 100% como al 30% se van las fuerzas, se adelgazan los brazos, se pierde el humor, se debilita completamente el cuerpo”. (J, 55, DO, M, 15)

Su razón de no seguir la dieta asignada por la nutrióloga es que: “Son cosas que no me llenan, no me satisfacen mucho”. (J, 55, DO, M, 15) su glucosa se mantiene alta debido a continuar con el consumo frecuente de refrescos y bebidas azucaradas, su colesterol y triglicéridos no mejoran porque continúa comiendo carne, grasa y sal.

Al preguntarle sobre la razón de que enfermara de DM2 menciona que no tiene idea, que quizás era prediabético y al tener un incidente se le activó. Este incidente es el siguiente, se advierte al lector/a que es un evento violento:

“Yo me siento tranquilo en todo caso de comentar de la inseguridad del Estado, es algo muy fuerte que alcanza a gente inocente como mi familia. Nos mataron a un hijo y mi esposa quedó muy mal. Él era un muchachito que estaba en la preparatoria, era muy estudioso, lo cuidábamos mucho, pero la inseguridad de San José del Cabo es enorme, se ven masacres por todos lados. Me mataron a un hijo y a mi esposa le dieron cinco balazos, ella está viva de milagro, pero me quitaron a mi hijo. Eso es lo que estoy sufriendo, a mí se me declaró la diabetes mientras sepultaba a mi niño y velaba por mi señora que estaba entubada agonizando en el hospital. Quisiera que todo mundo lo sepa, las autoridades dicen que todo está bien por el turismo, pero el Estado está lleno de droga, eso no lo pueden ocultar con nada, los jóvenes están en las calles delinquiendo y no hay centros de rehabilitación o trabajo para ellos. Las autoridades son corruptas, pienso que este ambiente violento influye en que yo esté pasando por esta enfermedad como mucho otros”.

El anterior fragmento de la entrevista depurando la denuncia y la anécdota muestra la tesis de (Jablonka y Lamb, 2014) sobre la epigénesis y cómo las condiciones del entorno modifican genes, individuos y poblaciones, en este caso la violencia, pobreza, la vida de goce y excesos para unos cuantos que ofrece el turismo a costa de la vida y energía de las personas que residen. También en esta entrevista se

puede apreciar el sistema sexo-género en operación respecto a las funciones domesticas en el hogar y la función de cuidadora de la mujer.

Esta persona no puede mostrar mejoría debido a sus condiciones de existencia actuales, sus hábitos-condicionales son más fuertes que su voluntad pues encuentra en esos pequeños placeres el deseo de continuar viviendo. Los ejes que componen la vida cotidiana trabajo, ocio, amistad y familia en los cuales se estructura el guion de la entrevista se encuentran débiles en esta persona.

Ahora es turno de presentar el caso de una mujer de 51 años que trabaja en un negocio familiar y adquirió DM2 hace 13 meses. Se encuentra en el nivel socioeconómico D que pertenece al 18.3% de la población mexicana según (López, 2010).

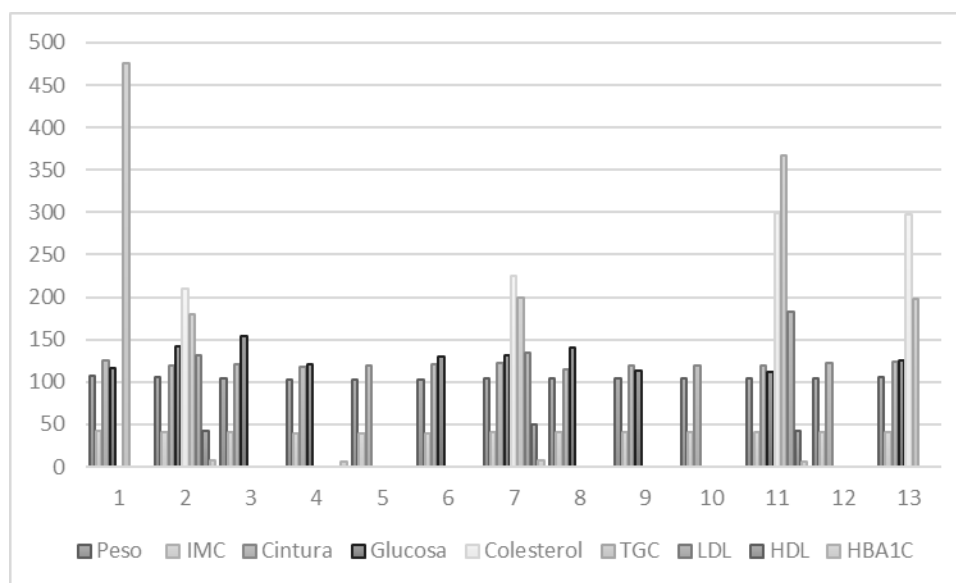
Tabla 5. Evolución de DM2 M, 51, T, F, 12.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	106.5	160	41.6	126	117		476			
2	105.5	160	40.42	119	142	210	180	131	43	7.9
3	103.5	160	40.43	121	154					
4	102	160	39.94	118	121					6.7
5	102	160	39.84	119						
6	102.5	160	40.03	121	130					
7	104.5	160	40.82	122	132	225	199	134	50	6.9
8	104.5	160	40.82	115	141					
9	103.5	160	40.42	119	113					
10	104.7	160	40.89	120						
11	103.9	160	40.52	120	112	299	367	183	42	6.8
12	104	160	40.62	123						
13	105.5	160	41.21	124	125	298	198			

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Al igual que los anteriores casos sus datos se encuentran en el anexo en la tabla #13 y sus indicadores bioquímicos se pueden contrastar con la tabla #12 ubicada en el mismo lugar. Lo que resalta en los resultados de esta persona son sus triglicéridos en el primer mes 476mg/100ml de sangre, su prueba HBA1 de 7.9 mg/100ml es decir 1.9 mg/100ml arriba de los valores aceptables. Asimismo, la glucosa más alta la presentó en el tercer mes según la figura 11 y no se mantiene estable o cerca del valor normal de 120mg/100ml de sangre.

Figura 11. Evolución de DM2 M, 51, T, F, 12.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Es originaria de Navojoa Sonora y llegó a la Paz Hace 39 años debido a movilidad social por parte de su padre, es decir le ofrecieron un mejor trabajo y sueldo. Un día normal de su vida en la actualidad transcurre de la siguiente manera:

“Tenemos un negocio familiar y también trabajo por mi cuenta. En la mañana me encargo de la tienda de abarrotes de mi hijo de ocho a nueve AM, luego mi hija me cubre mientras voy a los mandados hasta las 11 am porque a esa hora entro a trabajar en el otro negocio hasta las 4:30 pm, después entro a las cinco de la tarde al negocio familiar, ahí está mi esposo porque trabaja a un lado, es carpintero. Después se va mi hijo y mi otra hija estudia, por ahora en vacaciones me ayuda en el negocio, pero la verdad es muy agotador tener dos trabajos porque salgo de ahí hasta las 10:00 pm. Nuestra vida familiar es muy independiente, cada uno se cocina, hace aseo, etc. Llevamos una vida donde estamos juntos, pero no estamos juntos, es una vida muy fea de puro trabajo.

Sólo en la cena puedo sentarme a compartir la mesa con mi esposo, mis hijos son muy independientes porque ya están grandes. Creo que por eso llevamos esa vida sedentaria y de exceso porque durante el día cada uno está en lo suyo y por la noche es cuando nos atragantamos de comida. Ahora que ya sé que soy diabética me quiero cuidar, quiero dejar de cenar, pero me da lástima mi esposo porque él es quien hace la cena y no

quiero dejarlo solo, aunque sé que no debo de cenar y menos debo comer los platillos que él prepara”. (M, 51, T, F, 12)

Debido al tipo de trabajo, ella le dedica la mayor parte de su tiempo a esta actividad, sólo en la noche puede convivir con su esposo y es en esta situación que descuida la dieta y come de más. Mencionó que se cuida sola y toma los siguientes medicamentos:

“Tomo Losartan por las mañanas, tomo... tengo años tomándola y no sé su nombre... la Pentoxifilina para mis piernas porque me duelen por las varices y tomo... se me olvidó, pero todos los días las tomo. La Metformina que es la principal esa es una antes de cada alimento. La Pravastatina en la noche, el Bezafibrato por la mañana, el amlodipino a medio día, la Gabapentina también por las noches, es para los reumas”. (M, 51, T, F, 12)

Después de los medicamentos al preguntarle sobre sus padres y abuelos mencionó que ellos no tenían DM2, sin embargo, ella sí y le preocupa su hija:

“Tengo una hija de 21 años que sí está en riesgo porque es gordita pero ya le estoy llamando la atención para que venga conmigo al grupo porque está muy gordita y de seguir así le va a llegar la enfermedad. Se está cuidando ahorita, hace ejercicio y cuida su alimentación, pero me preocupa porque no baja de peso. Mi hijo, por el contrario, él sí se cuida dice que no es hijo nuestro porque se cuida mucho, siempre nos lo dice porque de plano no nos cuidamos”. (M, 51, T, F, 12)

Sobre su trabajo dijo disfrutar estar en la tortillería pues lleva desde los seis años atendiendo el negocio por lo que le gusta estar y platicar con su mamá todos los días, además de ver a sus compañeras de trabajo. En su tiempo libre su principal actividad es: “Ver televisión me gusta mucho y cuando puedo salgo con mis hijos, nos gusta ir al cine, ir a restaurantes, nos gusta disfrutar” (M, 51, T, F, 12)

Sólo los domingos tiene tiempo libre para realizar las actividades antes mencionadas, de seis de la tarde a 11 de la noche.

Por esta razón no sale con amigas,

“Pues mis amigas son las clientas de todos los días, ellas son mis amigas. Me invitan a sus casas, al cine o a tomar un café, pero por el trabajo les digo que no puedo, realmente nunca he salido con ellas, no salgo ni con mi hermana. El trabajo me tiene muy esclavizada”. (M, 51, T, F, 12)

Sobre su alimentación hace 20 años menciono lo siguiente:

“A mi esposo siempre le ha gustado el pollo, pero hace 20 años me acuerdo de que comíamos mucho las gallinas que mi esposo criaba, le encantaban. Siempre hemos comido comidas fuertes, a mi esposo le gusta el menudo y el pozole, todo lo que engorda. Fue muy diferente mi vida de cuando yo era soltera a cuando me case. Cuando era soltera siempre fui la gorda de la familia, mi mamá me traumó porque siempre me servía menos comida que a los demás y yo le preguntaba ¿Por qué? si yo tenía hambre y me contestaba porque eres la gorda de la casa y tienes que comer menos, siempre me decía eso. Entonces me hacía sentir muy mal, pero mis hermanos siempre me daban sus sobras porque les daba coraje que nuestra mamá me tratara así y sí me las comía, por eso siempre engordaba más y después cuando me casé a mi esposo le encanta comer carnes asadas y todo eso, ese fue el cambio que tuve de comer mucho. Antes cenaba un licuadito y un pan a lo mucho después fueron caldos pesados, desayunos fuertes, toda mi vida ha sido comer mucho desde que me casé.

He tratado a partir de que comenzó mi hipertensión a los 30 años de comer diferente pero siempre él se impone. Ciérrale la boca y con eso, pero si estoy viendo tanta comida... ahí es donde empezó todo, igual con mi hija porque come igual que nosotros”.
(M, 51, T, F, 12)

A partir de que se casó comenzó a sobrealimentarse, este cambio en su alimentación es significativo pues comenzó a ganar más peso y debido a su trabajo sedentario no ha podido modificar sus hábitos alimenticios enfermo de hipertensión arterial a los 30 y de DM2 a los 51 años. Mencionó que antes de entrar al programa hacia caldos, comidas grasosas y pesadas, para ella era algo normal, nunca pensó en el daño que se estaba haciendo. También mencionó que la sazón de su esposo es mucha sal y pimienta.

Antes gustaba comer de todo, actualmente también, pero ha aprendido a reducir la porción, dijo que si antes se comía tres o cuatro huevos ahora solo 1 o dos máximo. Recuerda que bebía mucho refresco, todas las comidas eran con refresco. Cada semana había Pozole, menudo y carnes asadas en su casa por su esposo.

Un alimento muy presente en su cocina recuerda que es el:

Camarón, siempre había cinco o seis kilos de camarón, yo creo que por eso mi colesterol está elevado. Lo sigue habiendo, mi esposo tiene esa costumbre, aunque ya solo seamos dos personas. Puerco, había de todas esas comidas que le gustaban a él, quería que yo le cocinara, pero yo ya cocino sólo para mí y

le digo si quieres puedo hacer también para ti de lo mío y me dice que lo voy a matar de hambre (M, 51, T, F, 12)

Su esposo influye directamente en su dieta, esto se puede apreciar en la reconstrucción que se ha mostrado hasta aquí. Por otro lado debido a su negocio familiar no compran verduras, frutas y demás, sólo las carnes en el mercado o carnicerías. Actualmente mencionó que: “Me gusta comer el atún, salmón, verdolagas, acelgas y sólo tomo agua. Sólo tomo refresco por antojo de vez en cuando y vino cuando salgo con mis hijos”. (M, 51, T, F, 12)

Pero lo que más prepara es:

“Chop suey, caldo de pollo, mole, albóndigas, pescado frito pero todo esto es en la cena. Solo cuando me siento mal de la glucosa o el colesterol me preparo ensaladas, eso me hace sentir mejor y las comidas grasosas me hacen sentir mal”. (M, 51, T, F, 12)

En este sentido dijo que lo que no puede dejar es el café y la carne asada, y en la temporada de calor correspondiente al momento de la entrevista dijo tomar agua mineral con limón.

Sobre las comidas que hace diariamente dijo lo siguiente:

“Deben de ser cinco con intervalos de tres fuertes y por mi trabajo no puedo, por eso me llama la atención la doctora porque no me da hambre al levantarme y como algo hasta las 11 am un sándwich y como hasta las 2 de la tarde una comida bien sana porque mi mamá no usa sal, trato de comerme un yogurt a las cinco o seis aunque no tenga hambre o un café y la cena es muy noche porque salgo a las 10, entonces si tengo apetito como lo que preparó mi esposo y si no yo me hago un sándwich o enfríjoladas, si tengo acelgas o verdolagas me las cenó. Mi problema es que cenó muy noche porque es cuando me entra el apetito y si él ya tiene la comida lista, comida fuerte, pues le entro aunque me haga daño, es el momento de convivir con él, aunque amanezca con la cara hinchada”. (M, 51, T, F, 12)

Su definición de DM2 es la siguiente:

“Es la peor enfermedad porque la viví con mi hermana. Es una enfermedad que es cierto que es prevenible, mi hermana nunca se cuidó, decía que de todas maneras se iba a morir y yo no pienso así, yo sí quiero vivir. Le trato de echar ganas, pero es complicado por mi trabajo y mi modo de vivir. Es una enfermedad a la cual le tengo mucho miedo porque su fase terminal es muy

fea, muy dura y de mucho sufrimiento. Por eso le echo ganas porque es una enfermedad muy fea, de las más horribles". (M, 51, T, F, 12)

No ha hecho actividad física a lo largo de su vida, sólo caminar y ahora la neuropatía le impide caminar largas distancias debido a los problemas que se presentan en el sistema nervioso periférico. Llegó al programa porque:

"Me empecé a sentir mal y me hicieron estudios, tenía 400 mg/100ml de sangre de glucosa sentía dolor de cabeza, náuseas, me sentía débil, quería estar acostada nada más y ganas de vomitar, eso siento cuando me sube el azúcar o me baja". (M, 51, T, F, 12)

Mencionó acudir regularmente a revisiones médicas y siempre le llamaron la atención por su peso, dijo que: "A veces quisiera que existiera un centro donde me regularicen internada, siento que necesitaría algo así para tener disciplina". (M, 51, T, F, 12) esto llama la atención, porque pide ayuda para ser disciplinada con sus comidas, el programa ofrece tal ayuda, pero requiere de la voluntad de las y los pacientes para modificar sus hábitos alimenticios. En este sentido dijo no seguir la dieta asignada por la nutrióloga al igual que los anteriores casos.

Al preguntarle sobre su reflexión acerca de por qué enfermó de DM2 dijo lo siguiente:

"Yo nunca me he cuidado, mi vida ha sido de puro tragar, le echo la culpa al trabajo, pero yo sé que no, también por los genes quizás porque esto comenzó apenas en esta generación porque de mis papás y abuelos nadie es diabético. Apenas se soltó con nosotros y yo digo que es la alimentación incorrecta y el estrés. Tengo dos hermanos que se me han muerto de lo mismo, diabetes, y para allá voy yo, tengo también otra hermana que trabaja conmigo, pero ella sí se cuida mucho, no como yo, no tengo tiempo. Se le hace fácil a la gente decirme que cierre el negocio, que me salga de trabajar con mi mamá, pero de eso vivo, ¿Cómo le hago si no trabajo? Parece que se me juntó todo, pensé que a los 50 iba a tener la vida hecha, que iba a estar bien a gusto y no, voy comenzando de nuevo por esta enfermedad.

También pienso que los alimentos ya no son como antes, vienen contaminados. En tiempo de calor no había refresco que me quitara la sed, yo vendo cantidades enormes de refresco en la tienda, es lo que más se vende, igual en la tortillería de mi mamá,

es impresionante, la Coca-Cola de tres litros se vende muchísimo. (M, 51, T, F, 12)

La persona de este -y los casos anteriores- presenta conocimientos gracias al programa de DiabetIMSS sobre por qué enfermaron, pero no pueden dejar lo que los enfermó, este es el gran problema a resolver. Es muy notable la presencia de refrescos, grasas, sal, azúcar y carne en la dieta de estas personas, aunado a un descontrol alimenticio en las porciones y horarios.

Los siguientes casos son compañeros de grupo, se trata de un hombre originario de Michoacán y de una mujer originaria de la Purísima. el primer caso para presentar es el hombre de 40 años con 9 meses de evolución de DM2, es soldador y llegó a La Paz por oportunidad de trabajo. Destaca que al llegar a La Paz su vida fue más tranquila y obtuvo estabilidad económica por lo que pertenece al nivel socioeconómico D+ según la clasificación de (López, 2010) donde se ubica el 35.8% de la población de México.

Tabla 6. Evolución de DM2 F, 40, S, M, 11.

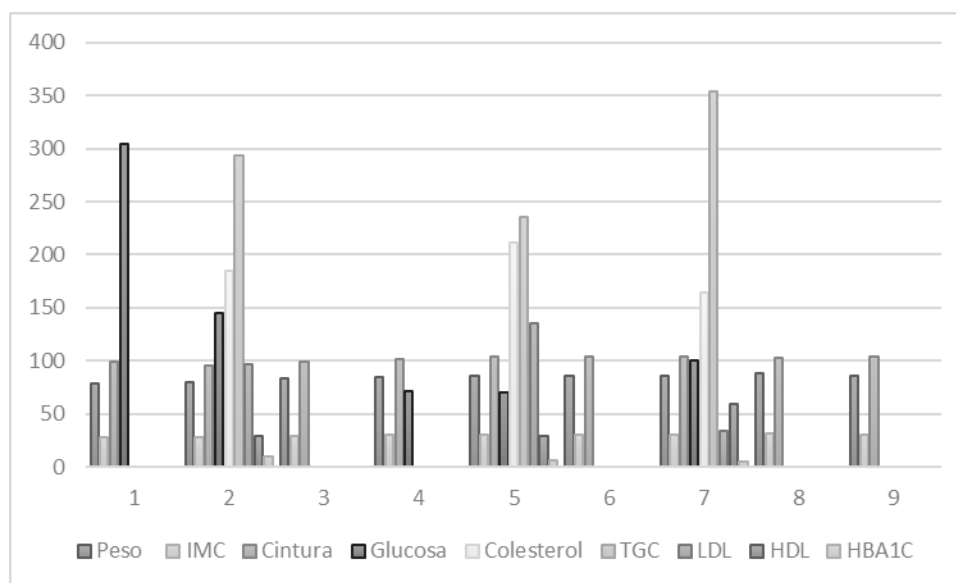
Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	78	168	27.8	99	305					
2	80	168	28.34	95	145	185	294	97	29	9.5
3	83	168	29.4	99						
4	84	168	29.76	101	71					
5	85.5	168	30.29	104	70	211	235	135	29	5.9
6	85.8	168	30.39	104						
7	85.8	168	30.39	104	100	164	354	34	59	5.4
8	88	168	31.17	103						
9	86	168	30.47	104						

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

La tabla 5 y la figura 11 muestran la evolución de DM2 de esta persona, ha ganado peso y su glucosa ha disminuido a 100mg/100ml de sangre en el mes 9, por el contrario, sus triglicéridos han aumentado a valores inaceptables. Destaca que en el primer mes su glucosa es de 305mg/100ml de sangre y su prueba HBA1 9.5mg/100ml de sangre, valores excesivos según la tabla 11 sobre indicadores bioquímicos ubicada en el anexo al final de esta investigación.

Ha mejorado considerablemente su nivel de glucosa en sangre, pero es importante atender al hecho social que le causa incremento en sus triglicéridos. En la gráfica de la figura 12 se puede observar la columna más alta que corresponde a esta situación.

Figura 12. Evolución de DM2 F, 40, S, M, 11.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Sobre su situación familiar mencionó que:

“Yo con mi familia me la paso súper bien, este es mi segundo matrimonio y ahora sí hice las cosas bien. Salgo de trabajar y me comunico con ella, sale a las cuatro y yo a las cinco de la tarde y de ahí vamos a todos lados juntos, al súper, la tienda o a comer”.
(F, 40, S, M, 11)

Dijo que su esposa le ayuda a mantener los cuidados que requiere en su alimentación y también en la limpieza de la casa. En suma, mencionó que sus padres padecen diabetes y uno ya murió por complicaciones de la enfermedad.

Sobre su situación laboral dijo que trabaja de ocho a cinco de la tarde de lunes a viernes y lleva 6 años siendo soldador de acero inoxidable. Sobre el ocio dijo que le gusta ir al malecón, a las playas y los parques los sábados por la tarde y los domingos. En este sentido aprovecha su tiempo libre para

“Pues cuando no salgo me gusta ver televisión, con eso del Netflix me la llevo viendo series. Si la serie está buena me la puedo pasar todo el día, sino me la quita mi señora”. (F, 40, S, M, 11)

Respecto a sus relaciones interpersonales mencionó que sólo tiene compañeros de trabajo. Y cuando se reúnen hacen lo siguiente: “Nos ponemos a jugar lotería o baraja, platicando y pasando el tiempo. Hacemos un ceviche y bebemos una soda, agua o cervecita”. (F, 40, S, M, 11)

Respecto a la alimentación hace veinte años dijo lo siguiente:

“Mi ex esposa hacia todo, usaba sal, pimienta, azúcar yo antes disfrutaba mucho lo salado, no podía comer sin salero en la mesa. Recuerdo que usaba manteca de puerco siempre”. (F, 40, S, M, 11)

En ese tiempo al preguntarle qué comía dijo que: “Pues de todo, antes de enfermarse yo era mucho de carnitas, Birria, chicharrón todas las fritangas, hamburguesas, pizzas hot dogs”. (F, 40, S, M, 11) y de bebida: “pues eso sí la cervecita nunca podía faltar, pero la dejé por cinco años, ahora ya no tomo casi y cuando lo hago tomo mucho menos que antes. Antes sí, si se podía todos los días, todos los días tomaba. Iba al súper y lo primero que echaba era la cerveza para tomármela después de trabajar”. (F, 40, S, M, 11)

Lo que más recuerda que había en su dieta hace 20 años es: “carne de puerco, de res, huevo, tocino, salchicha, frijoles, tortillas, salsa”. (F, 40, S, M, 11) estos alimentos los obtenía del supermercado. En eventos especiales mencionó: “Ahí se nos olvida todo menos el pastel, ese no me gusta. Yo pienso que soy diabético por herencia porque no como azúcares, corajes quizás pero no me gusta lo dulce”. (F, 40, S, M, 11)

Otro mito similar al del susto es el del coraje, estos incidentes siguen presentes en las personas a pesar de que son reeducados en el programa. En la actualidad en su despensa hay: “Bueno ahora que ya me enfermé sigue habiendo huevo, carne de puerco, bistec de carne de res, pero sólo una vez por semana, nopales, acelgas, verdolagas, puras cosas verdes, lentejas, frijoles”. (F, 40, S, M, 11)

Al preguntarle sobre qué le gusta comer ahora dijo lo siguiente:

“Pues ahora me adapté a lo que me da mi señora, me encanta como prepara las verduras, ahora como más en la casa, casi siempre, sólo cuando sé que no alcanzo a llegar como fuera. Antes de salir a trabajar me da mi desayuno, luego de trabajar y me da mi comida”. (F, 40, S, M, 11)

Y ahora bebe:

“Lo que tomo mucho es agua simple, pero también cuando quiero un sabor compro un sobrecito en el Oxxo de saborizante y hago un litro de agua y después sigo tomando pura agua. Llegando a la casa siempre hay agua de Jamaica”. (F, 40, S, M, 11)

Mencionó que no puede dejar de comer la salsa picante: “yo no puedo dejar las salsas, aunque tenga gastritis no puedo, me encanta lo picante”. (F, 40, S, M, 11) todo lo demás lo ha dejado poco a poco. En agregación, dijo que dejó de comer productos chatarra, pero no del todo, “las fritangas porque enfermé, sino todavía seguiría, pero ha sido difícil el cambio, no las he dejado al 100%”. (F, 40, S, M, 11) Mencionó que come mucho queso, ha suplido la carne por el queso y el resultado se observa en sus triglicéridos “Es lo que voy a tener que dejar ir, el queso porque salí mal de los triglicéridos” (F, 40, S, M, 11)

Respecto a las comidas diarias explicó lo siguiente:

“Levantándome como pepino, manzana o alguna fruta. 11:30 am es el desayuno en el trabajo, de ahí a las 12 pm me como una fruta y a las dos de la tarde es la fuerte, después voy a la tienda y compro galletas o algún bocadillo, como de nuevo a las seis de la tarde y a las ocho ceno otra fruta”. (F, 40, S, M, 11)

Se le preguntó si conocía lo qué era la diabetes hace veinte años y dijo:

“Sí por mis padres, a mi papá le dio más o menos a la edad que yo, una cosa es saberlo y otra tenerlo, porque le decíamos a mi papá, no se coma eso que le hace daño y decía ¡ah como friegan! Y ahorita que estoy en su lugar comprendo porque lo decía mi viejo”. (F, 40, S, M, 11)

Su definición de diabetes después de la educación en el programa es:

“Lo que puedo decir es cómo prevenirla para no enfermarse, con el ejercicio, enseñar a comer y mucho ejercicio es muy importante, antes que yo hacía ejercicio no enfermaba de nada y lo dejé y me pasó esto”. (F, 40, S, M, 11)

Se le preguntó también cómo cambió su vida a partir de enfermarse de DM2, expresó que:

“Cuando me la detectaron yo no sabía que traía, me decía mi esposa que no me veía normal me decía tú nunca duermes de día, llegas y te duermes, andas cansado, tienes siempre sueño y vas mucho al baño por la noche, te dan muchos calambres. [...]

Yo no iba al seguro porque es muy tardado y no quería perder tiempo así que fui a un particular, a Farmacias Similares, esto fue el pasado 31 de diciembre de 2017 y me dieron los resultados por la tarde triglicéridos y colesterol estaban arriba de 300, la glucosa salió en 375 eso no lo olvidó” (F, 40, S, M, 11)

Debido a que se le diagnosticó en la temporada de las fiestas de fin de año menciona que no se cuidó y comió normal. Ya en enero de 2019 comenzó a ir al

programa y estabilizar sus niveles de glucosa. Dice que su vida es la misma pero ahora tiene que adaptarse a la enfermedad. Expresó también que: “Es que a nosotros como hombres no nos gusta que nos quiten lo que más nos gusta”. (F, 40, S, M, 11) se refería al alcohol, es notable en los cinco hombres entrevistados una tendencia al consumo de alcohol mientras que las cinco mujeres prefieren bebidas azucaradas como refrescos o jugos industrializados.

Menciona que ha sido difícil cumplir el programa, pues siempre ha pensado que ir al IMSS es una pérdida de tiempo y mucho trámite burocrático. Para el final de la entrevista se le preguntó sobre la razón de que enfermara de DM2 y contestó:

“Yo le he dado varias vueltas y caigo en lo mismo de la herencia porque no me gusta lo dulce, pero lo amargo- ácido sí como el limón me encanta. A mi papá le decían que es por un coraje muy fuerte que hizo. Pero en Michoacán no es desayuno si no es un chilito con carne, tiene que haber carne roja siempre porque si no, no es desayuno”. (F, 40, S, M, 11)

En el programa hay un tema sobre los mitos de la DM2, estas personas siguen creyendo que la enfermedad deviene de un incidente, pero inobservan la cadena de hechos sociales que los ha llevado hasta ese momento, mala alimentación por presencia de hábitos-condicionales, sedentarismo excesivo, descontrol emocional, falta de prevención médica, etc.

Ahora es turno de presentar el caso de una mujer de 59 años que trabaja en la venta de dulces caseros en su hogar y también realiza todas las tareas domésticas de la casa. Su nivel socioeconómico es el D por lo que corresponde al 18.3% de la población nacional según (López, 2010)

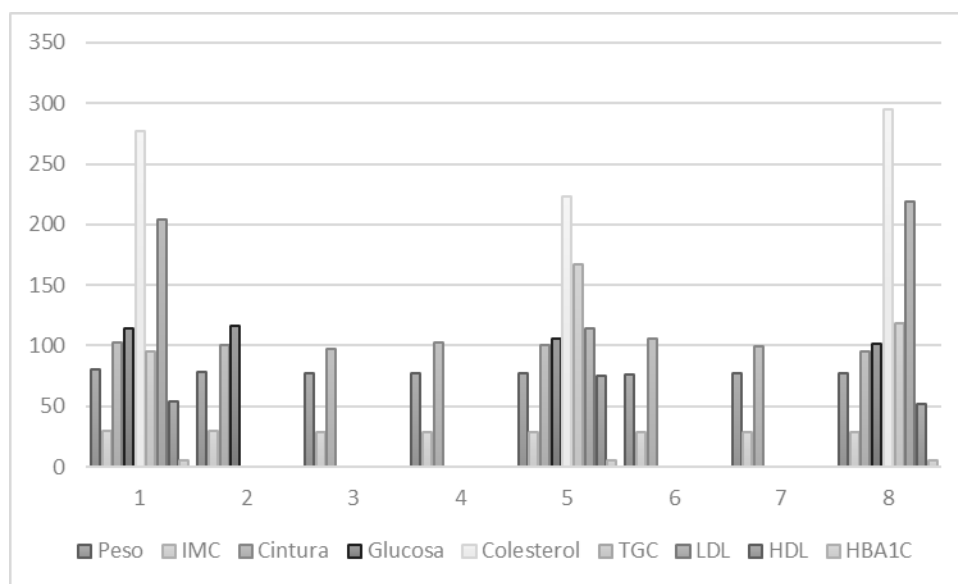
Tabla 7. Evolución de DM2 M, 59, TD, F, 8.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	80	164		103	114	277	95	204	54	5.4
2	78.5	164	29.18	100	116					
3	77	164	28.62	97						
4	77.5	164	28.81	103						
5	77	164	28.62	100	106	223	167	114	75	5.5
6	76.5	164	28.44	106						
7	77.5	164	28.89	99						
8	77	164	28.62	95	102	295	118	219	52	5.7

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Sus niveles de glucosa se encuentran dentro de los parámetros según la tabla 12 adjunta en el anexo de esta investigación. Resalta su colesterol que va en aumento y su prueba HBA1 del octavo mes que se acerca al límite de 6mg/100ml de sangre. Esta información se puede observar en la tabla 7 arriba y la figura 13 debajo de estas líneas.

Figura 13. Evolución de DM2 M, 59, TD, F, 8.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Es originaria de La Purísima, llegó a La Paz hace 38 años y menciona que al inicio fue muy difícil el cambio “Porque venía de un rancho y aquí la ciudad era totalmente diferente, había muchas cosas nuevas que no conocía”. (M, 59, TD, F, 8)

Sobre su situación familiar:

“Nos la llevamos bien, tengo cuatro hijas, tres casadas y una soltera que es la que anda con nosotros. Mi esposo es jubilado, pero vende quesos afuera de Telmex porque le gusta trabajar”.
(M, 59, TD, F, 8)

Al preguntarle si alguien les ayuda en sus cuidados diarios menciona que: “Nadie, al contrario, cuido a los nietos. En la casa mi esposo es diabético también y tengo una hija que es diabética, vive aparte, pero yo hago comida para todos por igual, si nosotros estamos a dieta todos los que coman en la casa también”. (M, 59, TD, F, 8)

Sobre el tema de herencia de DM2 dijo que “mi papá era diabético y mi mamá también, mis abuelos paternos también. Mi hija mayor tiene diabetes, pero no se cuida, todo el tiempo la trae en 300 o 400 mg/100ml, le vale, tiene 40 años.” (M, 59, TD, F, 8) Su horario de trabajo es “desde las seis de la mañana hasta las nueve de la noche me dedico al hogar y mi negocio de dulces”. (M, 59, TD, F, 8)

Suele divertirse visitando el Mogote, las playas y parques con los hijos y nietos ocasionalmente sábado o domingo. En su tiempo libre disfruta ver series por internet. Menciona que no toma ni fuma, pero disfruta hacer mariscadas en el monte o la playa.

Al pasar al área de la alimentación del instrumento PECES mencionó que:

“En un tiempo atrás se usaba pura manteca, apenas actualmente se usa el aceite, pero para mí es mejor la manteca de puerco natural que el aceite, pero ya nomás para los puros frijoles uso la manteca” (M, 59, TD, F, 8)

Asimismo, dijo que antes de ser diagnosticada comía puros productos chatarra y de todas las frutas, también bebía aguas de frutas endulzadas y ocasionalmente refrescos. Ahora utiliza azúcar mascabada para endulzar porque le recomendaron eso en el programa. Recuerda que “En mi casa comíamos más semillas porque mi papá era agricultor y eso comíamos más, ahora es cuando comemos más salchichas y jamón, todas esas cosas que nos hacen daño”. (M, 59, TD, F, 8)

Al preguntarle donde obtenía sus alimentos respondió:

“Cuando estaba en el rancho no había refrigerador y si mataban un puerco recuerdo que el chorizo lo entripaban en tripa de res y lo ponían al sol y de ahí comíamos. Y ahora todo lo del súper tiene que estar refrigerado. Antes comía puro orgánico en el rancho. Ya cuando llegamos a la ciudad cambio todo”. (M, 59, TD, F, 8)

Este cambio drástico en la alimentación de la transición del campo a la ciudad es un hecho social importante pues son sociedades diferentes, con funciones y estilos de vida singulares. Fue en este punto que su vida y alimentación cambió: “Ahí cambió todo para mí” (M, 59, TD, F, 8)

Por eso no puede dejar de consumir sus dulces caseros pues le recuerdan a su vida en el rancho.

“No puedo estar sin un dulce casero, hago de higo de mango de guayaba me gustan todos, cuando no tengo ando desesperada. Pero la doctora dice que soy prediabética nunca sobrepaso los niveles aceptados”. (M, 59, TD, F, 8)

Se le preguntó sobre qué hay en su despensa para la semana, dijo que:

“En la casa hay muchas verduras y semillas, chicharos, habas, lentejas, amaranto, lo que casi no hay son los jamones y a veces tengo salchichas porque los nietos piden. Carne sólo una vez a la semana, pero casi más pollo y pescado, no camarones. De beber en la casa siempre hay agua de sabor, ya sea de Jamaica, de melón o de otras frutas. En tiempo de frío no, pura agua natural”. (M, 59, TD, F, 8)

Menciona que sólo a veces salen a cenar, regularmente ella hace cena hasta en sábado y domingo. Según el estudio de (López, 2010) sobre las tendencias en alimentación por nivel socioeconómico, las personas en los niveles con menores ingresos suelen comer en casa mientras que a mayores ingresos tienden a comer fuera del hogar. Se le preguntó también si le gusta cocinar y respondió que no: “¡No! No me gusta la cocina y menos en tiempo de calor, pero ¿Qué voy a hacer?, tengo qué hacer comida”. (M, 59, TD, F, 8)

Actualmente obtiene sus alimentos en el supermercado, de entre ellos mencionó que no puede dejar la Coca-Cola y el chile. “Se me ha hecho muy duro, se me antoja mucho”. (M, 59, TD, F, 8)

“Pero yo me cuido más que mi esposo, él no tolera que le diga que no a lo que se quiere comer, se lo come de cualquier forma. Pero el dulce, no puedo estar sin el dulce, después de comer a medio día siempre tomo un pedacito porque no puedo dejarlo, y como los vendo, los tengo a la vista siempre. El queso también lo he dejado un poco pero como lo vendemos, ahí los tengo disponibles”. (M, 59, TD, F, 8)

En suma, mencionó que: “Sólo hago dos comidas nomás, desayuno a las nueve de la mañana y comida al medio día y la cena a veces cereal o lo que sobró de la comida de medio día, pero casi nunca ceno, ya no me meto a la cocina a hacer nada”. (M, 59, TD, F, 8)

Al preguntarle si sabía algo de la DM2 20 años atrás dijo que, “Sí porque mi abuelo tenía diabetes, pero nunca pensé que me fuera a dar a mí, pero mi abuelo se enojaba si le quitaban algo del plato”. (M, 59, TD, F, 8)

Se le preguntó cómo era vivir con DM2, contesto lo siguiente:

“Hay que ser muy paciente. Yo no siento nada, no me dan muchas ganas de ir al baño, no me dan tantas ganas de tomar agua. No siento calambres, ni nada siempre ando debajo de 110 mg/100ml de sangre. No tomo nada de refrescos, pero me gusta el café bien dulce, tres cucharadas sino no me sabe, vengo al seguro y salgo con 90 mg/100ml de sangre entonces pienso que ando bien. Mi esposo es el que anda muy mal y no quiere venir, se enoja porque estoy encima de él siempre, ya lo han mandado a acá pero no quiere venir, yo vine para cuidados preventivos, aprender a comer, beber y todo eso”. (M, 59, TD, F, 8)

Al igual que el caso anterior dijo que no le gustaba acudir al programa porque,

“No me gusta porque me quita tiempo y no me gusta llegar y tener que limpiar la casa, entonces me levanto muy temprano para limpiar la casa y así poder llegar y encontrar todo en orden”. (M, 59, TD, F, 8)

Otra similitud con los otros casos es que no suelen usar productos para diabéticos gracias a que en el programa de DiabetIMSS se enseña a no gastar dinero en esas mercancías con valores de uso nocivos y utilizar las de su preferencia.

Yo no uso cremas ni productos de diabéticos. No soy muy galletera ni sabritera, pero el pan sí me gusta mucho por eso evito que lleven, dicen que la diabetes viene de un susto o un gusto. ¿Qué dice usted? Yo como mucho dulce pero casero, de calabaza, de guayaba, ate, etc. a veces me desmido, como mucho cuando lo estoy empacando, tengo la cuchara por un lado y me dice la niña, te estás comiendo las ganancias, mientras no pase de 150 la glucosa seguiré con mi gusto. (M, 59, TD, F, 8)

Cuando se escuchó esta frase de que la enfermedad viene de un susto o un gusto, hizo sentido en las ideas aquí propuestas y el incidente sí afecta bio-psico-sociológicamente pero que reconozcan que se puede tratar de una enfermedad relacionada con el gusto y este al ser eminentemente social, fue una señal de ir por el camino correcto.

Se presentará el caso de dos mujeres compañeras de grupo en DiabetIMSS primero una mujer de 43 años, originaria de La Paz con 12 meses de evolución de DM2 de nivel socioeconómico D junto con el 18.3% de la población mexicana según (López, 2010). Se dedica a ventas por catálogo y vive en casa de sus padres, es soltera y presentó problemas en la glándula tiroides desde la niñez, razón por la cual fue canalizada al programa. Debido a que toda su vida a estado bajo control médico se detectó tempranamente el incremento en su nivel de glucosa en sangre.

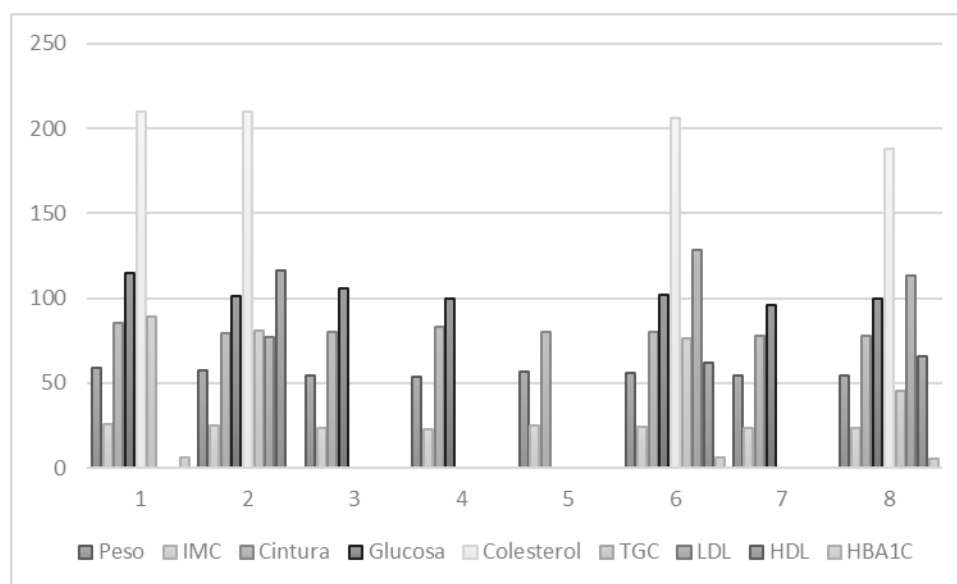
Tabla 8. Evolución de DM2 S, 43, C, F, 12.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	59	152	25.53	85	115	210	89			5.9
2	57.5	152	24.86	79	101	210	81	77	116	
3	54.5	152	23.59	80	106					
4	53.5	152	22.76	83	100					
5	57	152	24.67	80						
6	56	152	24.23	80	102	206	76	128	62	6.2
7	54.4	152	23.4	78	96					
8	54.3	152	23.5	78	100	188	45	113	66	5.6

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

La tabla 8 y la figura 14 corresponden a la evolución de la DM2 de este caso, resalta la prueba HBA1 del sexto mes pues sobrepaso los 6mg/100ml de sangre lo cual es una alerta para prevención y evitar complicaciones futuras. Colesterol ha bajado a 188mg/100ml de sangre por lo que está dentro de los valores aceptables según la tabla 11 sobre indicadores bioquímicos y los triglicéridos se encuentran muy bajos al mes 8.

Figura 14. Evolución de DM2 S, 43, C, F, 12.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Su rutina familiar es: “Por la mañana me levanto, preparo el desayuno para mi papá y mamá, desayunamos, después me preparo para ir a vender mis productos y a la hora de la comida yo le ayudo a mi mamá. 12:00 12:30 pm”. (S, 43, C, F, 12)

Debido a que vive con sus papás se cuidan entre los tres y se apoyan en las tareas de la casa. Mencionó que su abuelo paterno padeció DM2 y también los hermanos de su papá, dice disfrutar mucho lo dulce, pasteles y chocolates principalmente.

Su día laboral transcurre así:

“Me levanto en la mañana, lo primero que hago es barrer el patio, recogerlo, termino y preparo desayuno, me alisto y me voy a hacer un recorrido, dejar catálogos, cobrar, recoger catálogos, etc. Llego a casa como a las 12 o 12:30 am y comemos en casa, descansamos y en la tarde vamos mi mamá y yo a seguir los recorridos, llegamos en la noche, nos bañamos, cenamos y nos dormimos. (S, 43, C, F, 12)

Debido a esto su tiempo libre es únicamente por la noche, pero dice que sólo aprovecha para dormir bien. Al tener algo de tiempo libre dijo que

“Me gusta mucho la cocina, a veces hago pasteles y tartas de frutas y visito a mis primas o a mi tío que vive en San José. Yo que salga a divertirme a fiestas o bares no. Salgo, pero cuando viene mi hermano de los Cabos y voy a comer o al cine. También estoy en un grupo de mis excompañeros de secundaria, con ellos salgo por un café en ocasiones o nos reunimos a comer”. (S, 43, C, F, 12)

Su alimentación hace veinte años dijo que:

“Siempre ha sido sano, comemos pollo, pescado, frutas, verduras, carne no, sólo cuando vienen mis hermanos. Lo que sí es que antes comíamos mucho virote, cenaba una torta diaria por la noche y ahora ya no. Antes también comía más harina, tortillas y panes, comíamos mucho pan de dulce antes, también tuvimos que reducirlo”. (S, 43, C, F, 12)

Sobre su comida favorita dice que las pastas son lo principal y “refresco, tomaba mucho refresco, diario o siempre era en la comida el Kool-Aid”. (S, 43, C, F, 12) recuerda que lo que siempre había en su casa era un kilo de tortillas de harina.

Sobre la apropiación de los alimentos dijo obtenerlos:

“Del supermercado. Pero también me acuerdo de que íbamos seguido a los planes por calabacitas redondas pequeñas, chile verde tomate íbamos al pescadero con un amigo de mi papá que tenía parcelas de tomate, nos íbamos a pizcar, llegábamos todos cargados y nos agarrábamos a tomatazos”. (S, 43, C, F, 12)

En eventos especiales el menú tradicional era: “Pozole, tamales, birria, enchiladas y menudo”. (S, 43, C, F, 12) En su despensa para la semana hay: “Pescado, pollo, calabazas, zanahoria, papá, ejote, elotes, arroz”. (S, 43, C, F, 12). En la actualidad le gusta tener en su dieta: “Me gusta mucho la verdura, las ensaladas también, me gusta mucho la cebolla cruda”. (S, 43, C, F, 12)

A raíz de que le diagnosticaron DM2 dejó de tomar refresco, pero dijo que le gusta mucho la repostería, hace pan de zanahoria con frecuencia. En eventos especiales en la actualidad menciona que: “Hay muchas hamburguesas, hot dogs, banderillas, eso hay mucho en las fiestas ahora”. (S, 43, C, F, 12)

En suma, adquiere sus alimentos en el supermercado y mencionó que lo que no ha podido dejar de consumir es la leche de Liconsa, pues desde niña la toma. Debido a la DM2 tuvo que dejar harinas y refrescos “Antes siempre andaba comprando galletas de chocolate, o gansitos, o pingüinos, lo que sea que tuviera chocolate”. (S, 43, C, F, 12) Actualmente realiza tres comidas al día, a las nueve de la mañana, a las dos de la tarde y a las 8 de la noche.

Al preguntarle sobre su reflexión de haber enfermado de DM2 mencionó el siguiente incidente.

“En febrero o marzo del año pasado a mi mamá le dio parálisis facial y ese día me hicieron los análisis donde me diagnosticaron. Recuerdo que mi mamá estaba sentada en la mesa como siempre con su café, estábamos solas, cuando le tomó al café se le salió y me asusté. También creo que por la mala alimentación”. (S, 43, C, F, 12)

Aquí está presente de nuevo el incidente. Por otro lado, debido a que lleva toda su vida bajo control médico ha respondido al tratamiento de primer nivel, incluso se le retiró la metformina y ahora sólo continúa medicalizada por el asunto de la tiroides. Fue dada de alta debido a los resultados de sus pruebas y porque terminó el año del programa, fue decisión de la doctora en turno darle el alta.

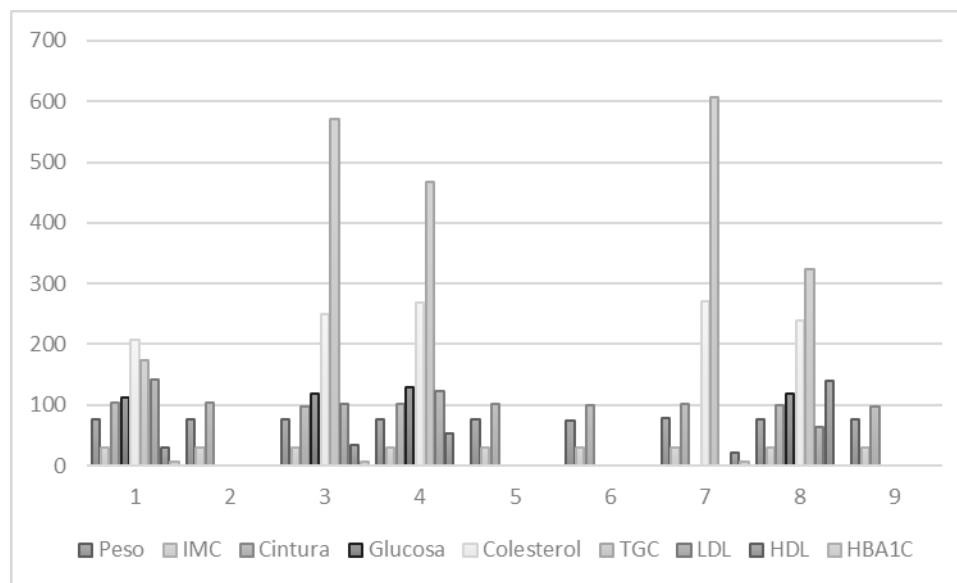
La otra mujer tiene 51 años, es originaria de La Paz y es trabajadora doméstica fuera de su hogar, es viuda y vive en la casa de su difunto esposo, su nivel socioeconómico es D según la clasificación de (López, 2010)

Tabla 9. Evolución de DM2 V, 51, TD, F, 12.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	75.5	159	29.86	104	112	207	174	142	30	6
2	76	159	30.06	103						
3	76	159	30.06	97	118	249	571	101	33	5.5
4	75.5	159	29.86	102	129	269	468	122	53	
5	76.5	159	30.25	101						
6	74.5	159	29.46	100						
7	77.5	159	30.65	101		270	607		21	5.8
8	77	159	30.45	99	119	238	323	64	139	
9	76.5	159	30.25	97						

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona. En la tabla 9 y figura 15 se muestra el registro de la evolución de DM2 de este caso, su prueba HBA1 del primer mes es igual a 6mg/100ml de sangre, su glucosa al mes nueve aún no ha sido estabilizada, lo más importante en este caso son los triglicéridos del mes 7 porque llega a 607mg/100ml de sangre muy por encima de los valores aceptables según la tabla 11 sobre indicadores bioquímicos.

Figura 15. Evolución de DM2 V, 51, TD, F, 12.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona. También a lo largo de los nueve meses ha aumentado un kilo, estos resultados son propios de una persona que no se está apegando a los cuidados preventivos del programa. Por esta razón, aunque lleva oficialmente un año en el programa faltan registros de los últimos tres meses en los cuales no ha acudido al grupo.

Dicho esto, se procede a mostrar la reconstrucción de su vida cotidiana comenzando por lo familiar.

“Mi rutina es levantarme y tomarme un café con azúcar, tiene que saber a azúcar sino no es café. A pesar de que soy diabética me doy ese gusto, no sé si es mental o mi cuerpo lo necesita. Después me meto a bañar y me voy a trabajar, ahí desayuno, mi colación es también en el trabajo y llego a casa a las seis de la tarde, veo qué cenar con mi hijo menor. Siempre voy y vengo del trabajo a casa caminando. Siempre llego a casa, veo televisión un rato y luego a cenar, después hago la limpieza de mi casa y termina mi día a las 11 pm o 12 am”. (V, 51, TD, F, 12)

Mencionó que nadie le ayuda con sus cuidados, ella se hace cargo de cuidar a su hijo. Hizo énfasis en su higiene y el cuidado de sus pies, dijo lo siguiente:

“Los pies es lo que más me cuido, las manos las podré traer horribles. Para lucirlos bien y por la diabetes debo evitar cualquier herida o daño que pueda complicarse. Aquí en DiabetIMSS nos han enseñado eso porque tenemos la glucosa descontrolada y eso impide sanar adecuadamente. También yo lo viví con mi mamá, ella era diabética y no llevó ningún control y cualquier accidente que le pasará inmediatamente le hacía heridas muy feas y yo la cuidaba. Sin embargo, con la comida no puedo, me encantan los pasteles, el mango, todo lo que me hace daño. Pero como viví la complicación de la enfermedad con mi mamá eso me hace detenerme y medirme en lo que como. Yo sí me compro chocolates, los tengo en el congelador y saco uno cada 15 días.”. (V, 51, TD, F, 12)

Sobre la herencia de DM2 dijo que sólo su mamá padeció la enfermedad. Ahora abordaremos el tema de su vida laboral, dijo que:

“Soy trabajadora doméstica, entonces llego a las 10 de la mañana, desayuno y me pongo a lavar, planchar, todo lo que hay que hacer en una casa, para las cinco de la tarde o seis ya voy camino a casa. Mi rutina es demasiado simple”. (V, 51, TD, F, 12)

Por esta razón no cuenta con tiempo libre disponible pero cuando se toma un descanso mencionó:

“Me gusta usar mi máquina de costura y hacerme algo de ropa. Eso me entretiene y me relaja, tengo que darme ese tiempo para hacerlo. También escucho música, me pongo a hacer mi fiesta sola”. (V, 51, TD, F, 12)

En suma, debido a su trabajo únicamente platica con sus amigas por redes sociales, “Nos vamos al café, o a comer en casa de alguna de ellas mientras platicamos. Son

amistades virtuales les digo yo porque por teléfono, WhatsApp, mensajes ahí sí están todos los días. Mis amistades no entran en mi rutina diaria”. (V, 51, TD, F, 12)

Al entrar al tema de su alimentación hace 20 años dijo que su mamá era la encargada de hacer la comida, recuerda la sazón de su mamá muy dulce, grasosa y salada, recordó con nostalgia las tortillas de harina, los chimangos y empanadas fritas que le hacía su mamá.

Su alimentación base en ese tiempo era:

“Comía muchos granos lentejas, garbanzos, frijoles, arroz, chícharos porque éramos muchos en la casa, éramos ocho. Nunca he entendido como le hacía mi mamá para que el frijol le rindiera tanto porque nomás trabajaba en ese entonces mi papá. Entonces para mantenernos era un kilo de tortillas que se compraba o lo hacía, nos daba de comer sardinas enlatadas, era difícil comprar pollo o pescado. A mí nunca me gustaron, pero era lo que había”. Tampoco los garbanzos mi mamá era de darnos lentejas y esas comidas con caldo a mí no me gustaban, pero ahora ya me gustan, me pregunto ¿Cómo es eso posible? Creo que extraño que mi mamá me cocinara porque desde niña no me gustaba la papaya y ahora me gusta mucho. Por eso no soy tan obesa, si comiera como comen los de hoy, sería un globo ahorita. (V, 51, TD, F, 12)

Sobre su comida favorita dijo lo siguiente:

“El pescado. Me encantaba que mi mamá hiciera un pescado como tipo machaca y nos hacía taquitos, pero no fritos, con la tortilla nomás, picaba repollo y hacía una salsita con un plato de lentejas, eso me fascinaba y no puedo comerlo ahora. De bebida tomaba Kool-Aid, era un sobre con polvo endulzado o sin azúcar y tenía sabores, era muy rico, en todas las casas había a la hora de la comida. No había agua de frutas, pero eso sí. En aquel entonces era de ricos tomar Coca-Cola, en mi casa nunca hubo refrescos en ese tiempo”. (V, 51, TD, F, 12)

Los alimentos que más recuerda presentes en su dieta eran “frijoles y arroz con tortilla de harina” (V, 51, TD, F, 12) la tortilla de harina del Norte es culturalmente similar al consumo de tortilla de maíz del centro sur de México según (López, 2010). En esta región debido a la zona libre con Estados Unidos existió desde al menos dos generaciones atrás el consumo de productos enlatados, embutidos y confitería en general.

En eventos especiales el menú era: “No había carnes asadas, era pozole, birria, menudo, chicharrones, puerco para tamales” (V, 51, TD, F, 12)

En la semana de la entrevista dijo tener en su despensa:

“Mi despensa no varía mucho, como sólo somos mi hijo y yo no me abastezco de mucho. Pero desde que me diagnosticaron diabética sí cambió mucho, me diagnosticaron después de que mi esposo falleció, cuando mi esposo estaba conmigo sí había despensa normal, pero ahora que sólo somos dos, cada uno come en su trabajo. Lo que puede haber ahorita es latas de atún, galletas saladas, galletas Sanissimo, cebolla, tomate, limones, huevos y tortillas. Recuerdo que en una comida me podía comer 10 tortillas de maíz, pero ya le tuve que bajar a tres y cuando voy a compra pan sólo me compro un pan, porque si me compro dos o tres me los como.” (V, 51, TD, F, 12)

Sobre lo que le gusta comer actualmente dijo que:

“Me gustan mucho las ensaladas, soy feliz con ensaladas, me las preparo muy generosas y con muchas cosas, cama gruesa de lechuga, pechuga a la plancha picada con tomate, zanahoria, arándanos, piña, naranja, limón y un poco de sal con galletas Sanissimo no me falta”. (V, 51, TD, F, 12)

También mencionó acompañar sus comidas con agua natural y sobre los ventos especiales dijo: “Como lo que me ofrezcan, no me limito, pero cuido la cantidad y siempre cargo un litro de agua pura. En las fiestas de ahora hay muchas hamburguesas, hot dogs, banderillas”. (V, 51, TD, F, 12)

Obtiene todos sus alimentos en el supermercado y no ha podido reducir su consumo de café:

“Me cuesta mucho trabajo dejar el café con mucha azúcar, tres cucharadas en una tasa grande, hay veces que no me satisface una y quiero otra pero sólo me preparo la mitad. Y la leche también no puedo dejarla, un litro me dura dos días de caracol tapa naranja. Antes era de galletas con leche”. (V, 51, TD, F, 12)

Al preguntarle qué dejó de comer por causa de la DM2 dijo que: “Yo no he dejado nada la verdad, pero sí he reducido la cantidad y frecuencia”. (V, 51, TD, F, 12)

Sobre sus comidas diarias expresó lo siguiente:

“Soy muy descontrolada, puedo desayunar a las 10 de la mañana y luego comer hasta las cinco de la tarde, termino cenando a las 10 u 11 de la noche ya para dormir. Como te digo, estamos solos, no hay a quien hacerle comida ya, mi hijo come en su trabajo siempre y yo también, entonces hay mucho descontrol total en esa parte de alimentación. Todo eso lo viví también con mi mamá, el descontrol alimenticio en la diabetes. Ahora siento añoranza por el grupo porque me dieron de alta”. (V, 51, TD, F, 12)

Fue dada de alta no porque se curó, nadie se cura de DM2, la razón de darla de alta fue por su objeción de conciencia pues falta demasiado a las sesiones y no muestra mejoría en los resultados de laboratorio, se considera un despropósito desde la postura epistemológica de esta investigación abandonar a la gente que más ayuda necesita pues pronto volverá por alguna complicación y será más difícil y costoso para la institución brindarle ayuda, porque será enviada a medicina interna.

Se le pidió explicar qué es la DM2 con sus propias palabras, enunció lo siguiente:

“Para mí ha sido muy difícil, porque viví la diabetes de mi mamá con ella por eso sé lo que conlleva ser diabética y también sé por qué me dio, me dio por no hacer caso de cuidarme, por comer demasiado, estuve en prediabetes cinco años. Me decían que me cuidara, pero yo estaba en mi gusto, después vino la muerte de mi esposo y me detonó la diabetes. Cuando mi esposo estaba internado yo comía puro dulce, y tenía una sed horrible, muchas ganas de tomar agua helada, comía puras galletas, paquetes de ocho, varios paquetes de galletas, no comía otra cosa.

Ahora checo siempre el azúcar y las calorías, si trae mucho no lo compro porque si me paso comienzo con el dolor de cabeza y pesadez. Pues qué más puedo decir de la diabetes, que la gente que no es diabética se cuida porque todos podemos serlo y de lo que está lleno el mercado es de azúcar. Veo gente en los parques o el transporte con Sabritas y refresco, me dan ganas de decirles el daño que se están haciendo y lo que les puede pasar. También a los niños que les dan de desayunar Sabritas con refresco, galletas o pan, no puede ser posible que los padres se los den. ¡Me infarto! Ojalá pudiéramos decirle a todo mundo”. (V, 51, TD, F, 12)

Estos incidentes golpean fuertemente la vida cotidiana de las personas y refuerzan sus hábitos-condicionales más arraigados y dañinos, al menos seis de los 10 casos han hablado sobre esto, el cómo una situación impacta directamente en su salud

como detonador de toda una pila de pólvora que han almacenado en un polvorín con el pasar de los años. No obstante, ella misma menciona el papel de las industrias alimenticias, pues aprovechan las vulnerabilidades bio-psico-sociológicas de las personas como se mostró en el marco teórico al inicio de esta investigación.

Sobre ejercicio físico dijo no haber realizado durante toda su vida más que caminar, y su relación con los médicos se ve mediada por miedo, pues teme las noticias que le vayan a dar. En agregación, al preguntarle sobre su reflexión de ¿Por qué enfermó de DM2? dijo que:

“La mala alimentación, por no cuidarme, nunca reflexioné antes que el hacer ejercicio y comer bien era importante, es mantener la vida. Hoy lo veo así, lo puedo ver porque estoy enferma, porque la diabetes es una enfermedad que enferma todo el cuerpo. Uno nunca sabe lo que le espera, pero sí pude haberme cuidado, pero no quería dejar de comer lo que me gusta. Tengo un hermano que nació con diabetes y él se cuida muy bien, es más joven que yo, pero tiene niveles más altos de glucosa. Su trabajo es muy estresante y aquí nos dijeron que eso sube mucho la glucosa. Cuando me estreso empiezo a sentirme mal, me siento débil y me duele la cabeza”. (V, 51, TD, F, 12)

Durante la reconstrucción de la vida cotidiana de esta persona se pudo observar que hay un fuerte descontrol respecto a sus hábitos alimenticios, necesita ayuda y ha sido dada de alta del programa, este caso fue muy enriquecedor porque permitió observar el proceso por el que pasa una persona y cómo adquiere DM2. Ella a pesar de que es consciente de su enfermedad y puede ver lo que está mal en otras personas no puede cambiar sus propios hábitos alimenticios y de vida, es importante que mejore sus niveles de colesterol y triglicéridos porque también es hipertensa desde hace 10 años.

Ahora pasaremos a los últimos dos casos que faltan por presentar, se trata de dos compañeros de un mismo grupo. Primero se presentará el caso de un hombre de 51 años. D,51, EO, M, 18 es el código de esta persona originaria de Puebla, Puebla que reside en La Paz desde febrero de 2001. Actualmente es encargado de una gasolinera, fue marino y tiene 18 meses en el programa al quedarse por voluntad propia y por no mostrar mejoría en sus pruebas de laboratorio después del mes 12.

Según la clasificación de (López, 2010) su nivel socioeconómico es C el más alto de los casos estudiados en esta investigación junto con el primero y se encuentra dentro del 17.9% de la población mexicana en este nivel.

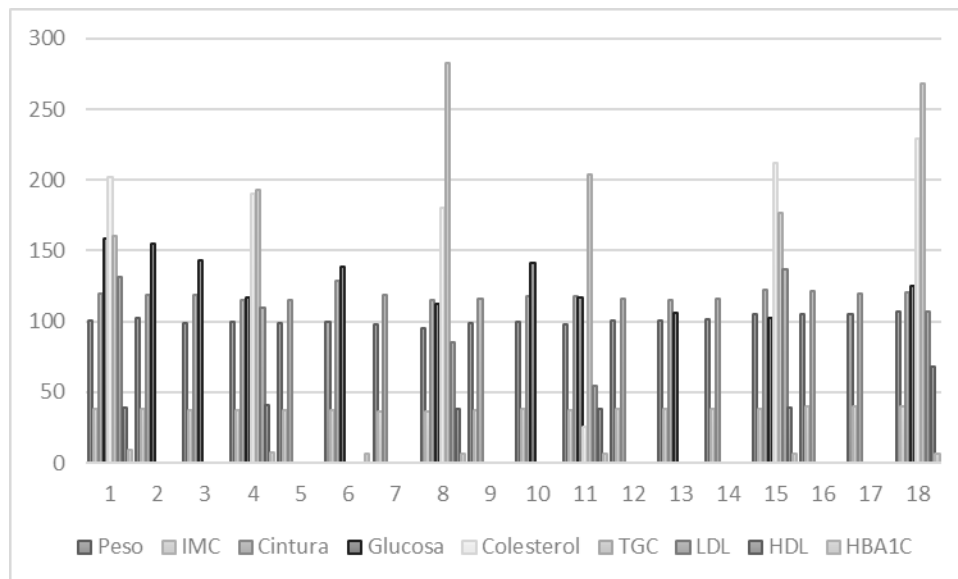
Tabla 10. Evolución de DM2 D,51, EO, M, 12.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	101	163	38.01	120	159	202	160	131	39	9.2
2	102	163	38.39	119	155					
3	99	163	37.26	119	143					
4	99.5	163	37.45	115	117	190	193	110	41	7.3
5	99	163	37.26	115						
6	99.5	163	37.45	129	139					6.7
7	97.5	163	36.7	119						
8	95.5	163	35.9	115	112	180	283	85.4	38	6.6
9	99	163	37.26	116						
10	100	163	37.63	118	141					
11	98	163	36.93	118	117	25	204	54.4	38	6.8
12	101	163	38.01	116						
13	101	163	38	115	106					
14	101.5	163	38.2	116						
15	105.5	163	38.2	122	102	212	177	137	39	6.4
16	105.5	163	39.7	121						
17	105	163	39.51	119.5						
18	107	163	40.27	120.5	125	229	268	107	68	6.1

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

En la tabla 10 se puede observar que ha aumentado su peso, ha reducido su glucosa, pero aún no llega a valores aceptables según la tabla 12 en el anexo de esta investigación sobre indicadores bioquímicos. También se puede observar colesterol y triglicéridos en aumento hasta el mes 18, en suma, no ha pasado la prueba HBA1 pues permanece arriba de 6mg/100ml de sangre.

Figura 16. Evolución de DM2 D,51, EO, M, 12.



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Según la figura 16 en el mes ocho y 18 presentó los niveles más altos de triglicéridos, su evolución de DM2 en general no es estable.

Después de mostrar sus indicadores bioquímicos y así justificar que se trata de una persona con DM2 como en los casos anteriores se procede a la reconstrucción de su vida cotidiana.

Al llegar a La Paz dijo que sufrió cambios:

“Emocionales porque era un lugar desconocido, no tenía a nadie en quién confiar o apoyarme y también tuve cambios alimenticios, en el sur de México se come más sano, más verduras, semillas, aguas de sabor que son más baratas que el refresco y acá no”. (D,51, EO, M, 12).

Su rutina diaria es:

“Me despierto a las nueve de la mañana, desayuno, no hago ejercicio, platico con mi esposa mientras hago tiempo para tomar el camino al trabajo, entro a las dos de la tarde y salgo a las 11 o 12 pm, ceno y duermo”. (D,51, EO, M, 12).

Dijo que su esposa le ayuda en sus cuidados de la enfermedad y también en los cuidados domésticos de limpieza, cocinar, etc. por otro lado, respecto a la herencia de la enfermedad dijo que: “La primera persona que presentó síntomas de diabetes fue mi hermana menor a los 12 años. En los 28 años que estuve en la marina no me detectaron diabetes, fue hasta que vine al seguro resultó que tengo diabetes e hipertensión. Mi hija también tiene diabetes, tiene 24 años y 4 años desde que la diagnosticaron”. (D,51, EO, M, 12).

Ahora bien, sobre su vida laboral platicó lo siguiente:

“Entro a las dos de la tarde, pero siempre llego una hora antes para atender emergencias porque a las dos de la tarde se cambia el turno y los despachadores tienen que darme todos los recibos y el dinero de las ventas de su turno, los recibo e ingreso al sistema tardo tres horas ingresando los datos porque debo ser cuidadoso y son dos sistemas, Excel y Excel 500, en ambos debo ingresar dichos datos”. (D,51, EO, M, 12).

Dijo no tener tiempo libre, pero: “Me gusta la lectura y los viernes que son mis días de descanso paso el tiempo con mi esposa en las mañanas en casa y por la tarde salimos al cine, la playa o algún lugar a comer y regresamos a casa a las 10 u 11 de la noche”. (D,51, EO, M, 12).

Sobre sus relaciones interpersonales dijo que:

“Pues sólo tengo mis amigos del DiabetIMSS los veo cada mes con muchas ganas. En este grupo desde que se formó hubo mucha buena vibra y nos preocupamos por todos los compañeros, sobre lo que les pasa. Tenemos grupo de Whatsapp y eso nos ayuda a ser una familia que nos motiva a sobrellevar esta enfermedad, a cambiar nuestros hábitos de vida. Tengo mis amigos que nomás voy a verlos si necesitan ayuda con algo, no los frecuento porque la mayoría toman y yo no puedo, tenemos conflictos de intereses, por eso evito esas situaciones”. (D,51, EO, M, 12).

Es turno de presentar su alimentación, platica al respecto que hace 20 años:

“Los cocineros de la marina eran los que preparaban la comida. Trataban de darnos algo nutritivo, pero compraban lo más barato para hacer para que rindiera para todos, fueron 25 años que comí grasas, manteca, carne de puerco, todo era grasoso, salado o dulce. Ahora es cuando están cambiando el régimen alimenticio, pero de todas maneras dentro hay tiendas donde si alguien se queda con hambre puede comprar lo que quiera”. (D,51, EO, M, 12).

En ese tiempo le gustaba comer; “Todo lo que tuviera manteca o grasa. Tacos, tortas, tamales... nunca comí una ensalada porque, aunque hubiera no la tomaba yo iba por lo que me llenara”. (D,51, EO, M, 12). Y de beber: “Pues lo clásico, el -cocol- Coca-Cola era de siempre, tenía muy malos hábitos”. (D,51, EO, M, 12).

Los alimentos que más recuerda presentes en su dieta eran: “Carne de puerco, milanesas de res escurriendo grasa, tacos, huevos, hígado, tortillas, pozole, carnitas”. (D,51, EO, M, 12). Y en eventos especiales, carnitas, refresco, cerveza, sodas. (D,51, EO, M, 12)

Actualmente mencionó que:

“Procuro tomar siempre agua, sí tomo refresco de vez en cuando. Una Coca-Cola de un litro nos puede durar dos días o más por eso lo evito tomando agua de sabor o pura. Me gusta comer de todo, pero en menos cantidad y frecuencia, todo por porciones eso agradezco a DiabetIMSS porque cambió mucho mi vida, me enseñaron a comer y no hartarme de comida, a satisfacerme. Algo que siempre he pensado es que quieren combatir el azúcar en México, pero no hay ninguna ley que regule la cantidad en los productos industriales. No hay alternativas en el mercado y

perdimos el hábito de tomar agua y comer sano. (D,51, EO, M, 12)¹⁶

En eventos especiales dijo:

“Sí como de todo, pero en porciones y llego con mi agua. De hecho, tuve una experiencia casi después de iniciar el programa, fui a una comida china y había agua, pero estaba muy dulce y le dije al mesero que, si me la podía rebajar, a él se le hizo raro, pero al final después de explicarle mi padecimiento me ayudó. (D,51, EO, M, 12)

Para una mayor comprensión de la restauración colectiva y su lucha contra la cocina tradicional ver (Aguirre, 2018) los restaurantes franquiciados están destinados a un gusto estandarizado que gira en torno a lo dulce, salado y grasoso. Es una conducta disruptiva pedir un vaso de agua en restaurantes o cocinas económicas comunes porque en estos lugares se toma imperativamente refresco o agua de sabor endulzada.

Sobre donde obtiene sus alimentos mencionó que:

“Mi esposa se encarga de ir al supermercado. A mí no me da tiempo y no me gustan los mercados locales, no tienen variedad y son caros, no como en el sur de México, allá uno encuentra todas las frutas y verduras a buen precio, frescas. Por eso preferimos ir aquí a los centros comerciales porque tienen más variedad que los mercados locales”. (D,51, EO, M, 12)

A diferencia del centro y sur de México en el municipio de La Paz sólo hay dos mercados municipales centralizados mientras que en las colonias hay al menos tres supermercados. La razón de esto quizás es económica debido a la capacidad de distribución de estas empresas, los precios y la variedad. Además, en temporada de calor los supermercados cuentan con aire acondicionado y los mercados locales no, por lo que sus frutas y verduras deben ser frescas para que resistan el clima y por esta razón son más caras o están en mal estado.

¹⁶ Esta reflexión es importante sobre el papel de las industrias alimenticias y su libertad de acción, pues, aunque hay marcos legales de salubridad e inocuidad alimenticia al parecer no hay leyes contra la cantidad de azúcar permitida y otros edulcorantes, menos de otras sustancias químicas. A finales del año 2019 principios de 2020 fue aprobada en México la ley de etiquetado frontal, es la primera norma de este tipo que se operativiza en el país.

También es por una razón política de ordenación de territorio pues debido al crecimiento de la ciudad y la urbanización se llegó a tal punto que hay que conducir al menos 2km para obtener alimentos y lo más cercano son los supermercados, la ciudad se ordena a los requerimientos del automóvil, pues se hace necesario para el transporte diario, además el transporte público en esta ciudad es deficiente, tardado y las unidades están en malas condiciones.

Retomando el tema de alimentación, lo que no ha podido dejar es: “Las carnes, era muy carnívoro de res. “Lucho contra esos hábitos de una vida, pero mi esposa me ayuda mucho”. (D,51, EO, M, 12) y de beber “Ahí sí no tuve muchos problemas, basto con fuerza de voluntad y ahora ya me gusta el agua de sabor o natural. Principalmente dejé los refrescos y ordené mi sistema de comidas reduciendo y variando las porciones”. (D,51, EO, M, 12)

De los 10 casos sólo él usa suplementos alimenticios, mencionó que toma: “Centrum para 50 años, son vitaminas me ayudan a controlar el hambre y mi energía”. (D,51, EO, M, 12). Sus comidas diarias son: “Cuatro, en la mañana a las nueve o diez, de ahí como hasta las cuatro de la tarde, colación a las siete de la tarde y ceno a las 11 de la noche”. (D,51, EO, M, 12)

Sobre si conocía qué era la DM2 antes de entrar al programa dijo que no y se le pidió explicarla con sus palabras después de estar en el programa, respondió lo siguiente: “Pues es una enfermedad que genéticamente se hereda, el mexicano es propenso a padecerla por eso, y afecta a los órganos y la vista si se complica”. (D,51, EO, M, 12)

Respecto a la actividad física dijo que cumplía el circuito de entrenamiento de la marina, pero actualmente no realiza ejercicio. En la marina tenía control médico anual pero nunca salió mal ahí, fue hasta que llegó al programa que mejoró su calidad de vida y aprendió a cuidarse. Piensa que: “Los doctores nos dicen cosas porque se preocupan por nuestra salud, pero nosotros somos a veces peor que niños porque no obedecemos las indicaciones y pues no hay peor enfermo que el que no se quiere curar”. (D,51, EO, M, 12)

Sus medicamentos son: “metformina, lantamicina y loxatan para la presión mañana y noche”. (D,51, EO, M, 12) todos le son proporcionados en el seguro al igual que los anteriores casos.

Su reflexión sobre haber enfermado de DM2 fue: “Pienso que, por no llevar una buena calidad de vida, por no tener la cultura de cuidarme, por mi vida de excesos todo eso al final conlleva consecuencias y aquí estamos”. (D,51, EO, M, 12)

Quiso agregar al final de su entrevista lo siguiente:

“Estoy muy agradecido al seguro porque se preocupa por la salud de las personas, aunque varios no lo vean así. Pienso que como buenos mexicanos si volviéramos a comer como antes, la dieta tradicional y hacer ejercicio podríamos reducir el impacto de esta enfermedad, pienso que lo mejor es prevenirla, es mejor prevenir que atacar una enfermedad, basta con llevar una vida ordenada”. (D,51, EO, M, 12)

Este caso presenta coincidencias con los anteriores respecto a alimentación, las vidas personales de cada uno son diferentes, pero, hábitos de vida y alimenticios presentan uniformidades, altos consumos de grasa, sal y azúcar, vidas con escasa o nula actividad física, incidentes que significan para ellos el punto de inicio de la enfermedad, sin controles preventivos ni vigilancia epidemiológica alguna durante sus vidas.

El siguiente caso es interesante porque es el más joven de los entrevistados, tiene 21 años, es originario de La Paz y es estudiante de carrera técnica por lo que no cuenta con ingresos, pero sus padres se encuentran en el nivel socioeconómico D según la clasificación de (López, 2010). Al igual que el caso anterior permanece en el programa después del mes 12 por su propia voluntad y porque va mejorando.

Llegó al programa porque acudió a urgencias debido a que un familiar estaba preocupado por sus síntomas, pues orinaba mucho, comía en exceso, sobre todo de madrugada. Él asegura nunca haberse sentido mal pues jugaba fútbol y patinaba con sus amigos, pero al llegar el resultado de su prueba de laboratorio particular fue de 200mg/100ml de sangre, dijo que jamás olvidará esa cifra y al llegar a urgencias 700mg/100ml por esta razón lo retuvieron. Al iniciar el programa utilizaba insulina,

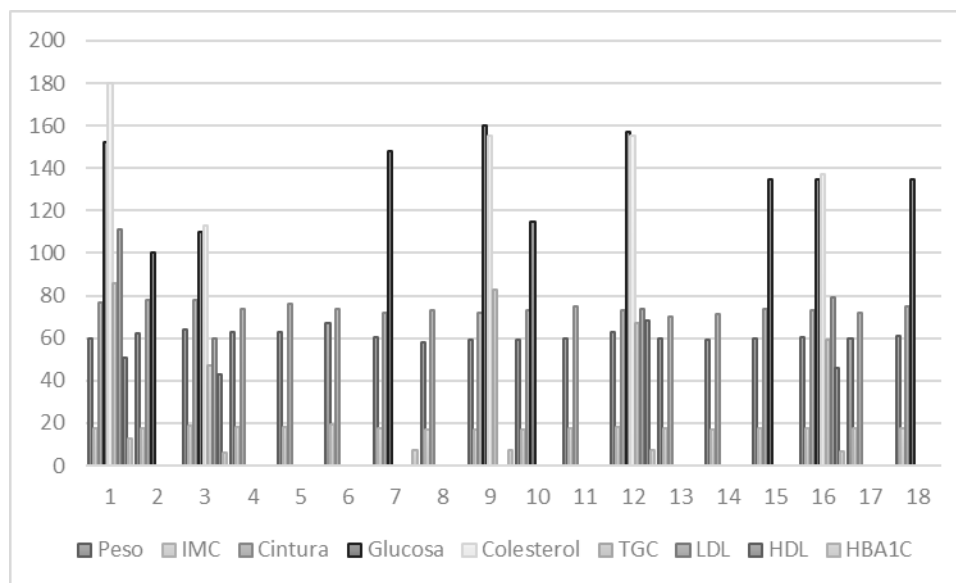
pero se adelanta al lector/a que pudo dejarla y continuar su vida con dieta, ejercicio y medicamento.

Tabla 11. Evolución de DM2 J, 21, EE, M, 18.

Mes	Peso	Talla	IMC	Cintura	Glucosa	Colesterol	TGC	LDL	HDL	HBA1C
1	60	186	17.34	77	152	180	86	111	51	12.6
2	62	186	17.82	78	100					
3	64	186	18.5	78	110	113	47	60	43	6.3
4	63	186	18.21	74						
5	63	186	18.21	76						
6	67	186	19.37	74						
7	60.3	186	17.43	72	148					7.1
8	58	186	16.76	73						
9	59	186	17.05	72	160	155	83			7
10	59	186	17.05	73	115					
11	60	186	17.34	75						
12	63	186	18.21	73	157	155	67	74	68	7.4
13	60	186	17.34	70						
14	59	186	17.05	71						
15	60	186	17.34	74	135					
16	60.5	186	17.48	73	135	137	59	79	46	6.9
17	60	186	17.34	72						
18	61	186	17.63	75	135					

Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona. La tabla 11 y la figura 17 muestran la evolución de la DM2 de este caso por meses, 18 en total. En el primer mes su prueba HBA1C arrojó un resultado del doble del nivel aceptable según la tabla #12 sobre indicadores bioquímicos, 12.6 mg/100ml de sangre cuando el límite es 6mg/100ml de sangre. Su colesterol y triglicéridos están dentro de los parámetros, ha ganado 1 kilo y al mes 18 no ha bajado su glucosa a niveles normales.

Figura 17. Evolución de DM2 J, 21, EE, M, 18



Fuente: elaboración propia con base en registros de la historia clínica de la persona.

Según la figura 17 en los meses nueve y 12 presentó los niveles de glucosa más altos. De los anteriores casos este es el que presenta mayor nivel de glucosa en sangre.

Para tratar de comprender lo anterior se reconstruirá su vida cotidiana y debido a su edad se le preguntó sobre su vida antes del diagnóstico y después para analizar los cambios. Con la anterior aclaración se comienza a reconstruir su vida familiar.

Platica al respecto que su vida transcurre: “Normal, visito a mis abuelos por la mañana y luego paso a mi casa después de la escuela, así es normalmente”. (J, 21, EE, M, 18) dijo que su mamá cocina y se encarga de cuidar de él, pero es responsable por sí mismo de tomar sus medicamentos.

Sobre la herencia de la enfermedad en su familia comentó: “No, Nadie de la familia, ninguno”. (J, 21, EE, M, 18) debido a que su ocupación es ser estudiante se le preguntó sobre ¿Cómo es su día de escuela normalmente? respondió lo siguiente:

“Pues normalmente entro a las 3:00 pm o las 4:00pm y al llegar busco a mis amigos, platicamos y al llegar a la casa ceno y le cuento a mi mamá cómo me fue, si pasó algo divertido o malo y después hago la tarea”. (J, 21, EE, M, 18)

Sobre su tiempo libre dijo que a la fecha de la entrevista estaba en periodo de vacaciones y tenía todos los días libres, pero en periodo escolar sólo algunos fines de semana por las tareas. Le gusta patinar o jugar fútbol con sus amigos cuando tiene tiempo libre.

En agregación sobre sus relaciones interpersonales mencionó que:

“Vamos a comer o cenar, a bailar un rato. Pues, alitas, hamburguesas, papas, pizzas. Hay dogs, normalmente vamos por pizza. Como, pero en pequeñas cantidades, por ejemplo, sólo una o dos rebanadas de pizza y siempre tomo agua, no refresco ni agua de sabor porque las endulzan demasiado con azúcar. Hamburguesa me como una y alitas cuatro o cinco”. (J, 21, EE, M, 18)

La DM2 no le impide del todo llevar una vida normal con sus amigos, lo han apoyado mucho y también lo cuidan, el problema son los lugares de goce que alberga esta ciudad turística que ofrecen menús poco o nada

saludables. Ahora procederemos al área más importante que es la de alimentación, será en dos partes antes del diagnóstico y después.

Antes del diagnóstico dijo que su mamá preparaba la comida, sobre su sazón: “Antes sí usaba más aceite y ahora ya casi no, también prepara más verduras para mí a raíz de mi enfermedad actualmente”. (J, 21, EE, M, 18)

Sobre su comida favorita dijo: “No tenía una comida favorita pero sí disfrutaba mucho la pizza y las hamburguesas. En la escuela nomás cuando me iba temprano sin desayunar o sin lunch pues comprábamos una pizza y salía más barato y rápido”. (J, 21, EE, M, 18)

Y de beber...

“Antes sí tomaba refresco, pero no seguido, sí tomaba como tres veces por semana más o menos (sin contar sábado y domingo) hubo un tiempo donde sí llegue a tener aversión por la Coca Cola. La tomaba y me daba mucho asco, sentía ganas de vomitar y desde ahí la dejé. Antes que me diagnosticaran yo ya tomaba pura agua natural en desayuno comida y cena”. (J, 21, EE, M, 18)

Los alimentos que recuerda presentes en su dieta son: “Lechuga, tomate, tortillas, calabaza, papa, mi mamá siempre ha hecho el mandado en el super”. (J, 21, EE, M, 18)

Y en eventos especiales...

“Pues, dulces, chicharrones, el pastel no me gusta y refresco siempre, carne asada también”. (J, 21, EE, M, 18)

En la cocina de su mamá hay en la semana de la entrevista:

“Aceite, arroz, frijol, tostadas, cereal, leche para ella y para mí diferente porque es deslactosada, jamón, salchicha de pavo porque eso me recomendaron, queso panela, huevos, cátsup, crema, chiles enlatados, pan tostado y de verduras y frutas, naranja y manzana, lechuga, tomate, calabaza, zanahoria, cebolla y papa”. (J, 21, EE, M, 18)

Acerca de su comida favorita después del diagnóstico dijo:

“Sí cambio, casi no como eso ahora. Lo que me ha gustado ahora es algo que prepara mi mamá que es carne molida con calabaza,

eso es mi comida favorita ahora. También los caldos con verdura, de pollo o res, antes no los consumía y ahora sí y de beber siempre agua". (J, 21, EE, M, 18)

Cuando va a algún evento especial dijo que: "Pues siempre que me invitan pregunto por lo que van a dar de comer y si no es algo que pueda comer yo llevo en un tupper mi comida y mi agua". (J, 21, EE, M, 18). Se le preguntó que ha sido más difícil dejar de consumir, dijo lo siguiente: "Lo que tuve que dejar son los yogures, galletas, todas esas cosas azucaradas. Lo dejé porque son cosas azucaradas y si las cómo me suben la glucosa, igual lo grasoso". (J, 21, EE, M, 18)

Las comidas que suele hacer al día son:

"Cinco, son tres comidas y dos colaciones, la primera es siempre de ocho a nueve por la mañana, la colación a las 11 de la mañana, la comida es a las tres de la tarde, la otra colación es a las seis y la cena es a las nueve o nueve y media de la noche". (J, 21, EE, M, 18)

Al preguntarle sobre si sabía que era la DM2 mostró confusión, dijo padecer la de tipo 1 pero esta es congénita y a él se le detectó apenas hace un año, es decir a sus 20 años. No pudo explicar al momento de la entrevista qué es la DM2, ni con sus propias palabras, la misma respuesta parcial de los 10 casos. Se considera importante reforzar esta parte de conocimiento en el programa de DiabetIMSS.

En relación con lo anterior su diagnóstico ocurrió así:

"En la casa comenzaron a notar que tomaba mucha agua, tenía mucha hambre e iba mucho al baño a orinar y mi tía le dijo a mi mamá que me hiciera un estudio porque mi tía empezó a leer sobre los síntomas de la diabetes y se alertó. Entonces fuimos a unos laboratorios y me los hicieron en la mañana, ya por la tarde mi mamá me llamó y salí con 200 de glucosa, salí entonces y me vine para el hospital y aquí salí con 700 y me retuvieron en urgencias, pero la verdad yo me sentía normal, yo no sentía nada, ningún síntoma". (J, 21, EE, M, 18)

Dijo que no acostumbraba a ir a un control médico al igual que los casos anteriores sólo acudía por vacunas, enfermedades infecciosas, lesiones ocasionales por patinar o jugar fútbol, etc. Por esta razón al iniciar el programa no se sentía cómodo y no le gustaba acudir al grupo, pero ahora hizo amigos que lo motivan y cuidan

además dijo sentirse bien porque le han enseñado cómo cuidarse y así evitar complicaciones futuras.

Por último, se le preguntó sobre su reflexión de ¿Por qué enfermo de DM2?

Y respondió que:

“Aún no sé, pero sí casi todos los días en la noche me pregunto por qué, se supone que nadie de mi familia la tiene o si hubiera nacido así me lo hubieran detectado desde antes y no hasta ahora. No sé, antes por lo regular siempre comía puras Sabritas, pero no son azúcar, jugos casi no, sodas sí pero leve. Igual me decían que por un susto, pero nunca he llegada a tal grado de que un susto me ponga tan mal, pero me han contado de personas que supuestamente por esa causa enfermaron”. (J, 21, EE, M, 18)

Sigue presente el incidente del “susto” por el cual se adquiere DM2, esta enfermedad cada vez es más frecuente en grupos de edad menores a treinta años, la DM2 juvenil es una alerta para el sistema de salud pública por la transición demográfica acelerada y la transición epidemiológica estancada en la fase mesotransicional.

Conclusiones.

Después de discutir las cuestiones genéticas sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la importancia de una epidemiología social que estudie y mitigue la enfermedad crónica producida y reproducida por el medio sociopolítico se puede concluir que existe una relación directa entre industrialización, emergencia de enfermedades crónicas y reducción de infectocontagiosas debido a la implementación de tecnología en antibióticos y medicina preventiva como las vacunas para el caso excepcional de México.

Desde la epidemiología convencional se puede conocer la distribución de las enfermedades en una población específica. Como ya vimos en la transición epidemiológica, México atraviesa una transición no uniforme y polarizada que obedece a modos de industrialización deficiente y abismalmente desigual por regiones como sucede en el Estado de Baja California Sur. Esto conforma condiciones socioambientales adecuadas para la proliferación de epidemias infecciosas y crónico degenerativas. Debido a la apertura comercial de las multinacionales y el desarrollo industrial en la región se intensificó la producción de alimentos procesados industrialmente y se facilitó su distribución, apropiación y consumo, esto ha provocado un estado sociocultural de hábitos alimenticios y estilos de vida dependientes del consumo de productos y servicios industrializados. En suma, el fenómeno de migración de la población del campo a las ciudades y el cambio al tipo de trabajo sedentario es reforzado por el acceso a la tecnología y transporte. Las consecuencias de lo anterior se observan en el alto índice de obesidad y de enfermedades crónicas como la DM2 en el Municipio de la Paz que genera también altos costes fisiológicos, sociales y económicos¹⁷. No obstante, las enfermedades infectocontagiosas reemergieron, presentándose en superposición a las enfermedades crónicas, por esta razón para el sistema de salud pública significa un reto controlar nuevamente las enfermedades infecciosas y mitigar las crónico-degenerativas porque hoy la tasa de prevalencia crece como vimos en el capítulo III.

¹⁷ 6.4 % del presupuesto de prestaciones médicas del IMSS.

El sistema de salud pública invierte más en tecnología que en prevención ¿Por qué cuidar a las personas hasta el final de su vida y no antes? Es decir, hay médicos hiper-especializados que atienden a un reducido y perfilado número enfermos en estado complicado, tecnología importada y ciencia médica positiva profiláctica. Por otro lado, la libertad e impunidad con la que operan las industrias farmacéuticas y alimenticias, además del bajo nivel de educación general de la población y la no universalidad del acceso a la salud. Lo anterior en conjunto configura un perfil epidemiológico -que se propone llamarlo- mesotransicional.

El problema de esto es que la transición epidemiológica en países y regiones empobrecidas se encuentra en un estancamiento debido a la superposición de enfermedades infecciosas y padecimientos degenerativos que conforman -sin ser hiperbólicos- una hecatombe de altos costes sociales, fisiológicos y económicos. Asimismo, la transición demográfica muestra que para 2050 la población habrá envejecido y para tener una población joven económicamente activa se requiere que sean saludables, pues sin salud no hay trabajo, sin trabajo no hay mejoramiento de las condiciones de existencia y el arte no se expresa como dijo el médico de la antigua Grecia.

El programa de DiabetIMSS tiene 11 años operando y requiere ajustes en su forma de educar, su tipo de educación es conocida como condicionamiento clásico según las propuestas de Pávlov y condicionamiento operante según los modelos de Skinner y Watson, ambas proponen una teoría del aprendizaje asociativo por medio de descubrir los mecanismos que activan la relación estímulo-respuesta en la conducta. Así Pávlov quien era médico endocrinólogo experimentaba con perros para medir la respuesta de sus glándulas salivales al estimularlas con alimentos, a este mecanismo le llamaba reflejos condicionales y de ahí que se diagnosticara mediante reflejos corporales para ver el estado de salud de las personas. De manera similar se propuso llamar a los hábitos arraigados hábitos condicionales pues operan de manera similar en las personas.

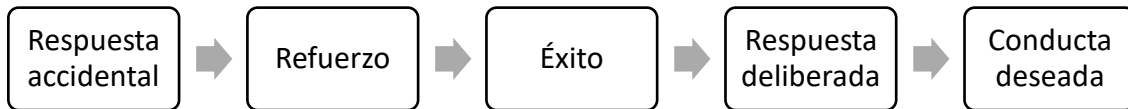
Desde esta conceptualización puede crearse aversión a sabores como medida correctiva mediante la implementación de estímulos negativos fisiológicos

inmediatos que provoquen un malestar, de esta manera se asociaría ese malestar con el alimento ingerido. Una versión no tan severa podría usarse para corregir hábitos condicionales en personas diabéticas. Terapia conductual de este tipo y una educación que les dote de las herramientas que necesitan para tener un mejor control de la DM2 es la propuesta que se sugiere para mejorar el tratamiento de primer nivel.

El aporte de Skinner fue este concepto llamado reforzamiento positivo o negativo, si bien los eventos condicionan la conducta, Skinner descubrió que surgían estímulos posteriores a la conducta. Los teóricos conductistas aportaron a la educación el estudio del comportamiento y la conducta en el aprendizaje. Consideraban al entorno como una máquina que producía estímulos y los organismos respondían a estos. Su auge duró desde 1910 hasta 1970 y tuvo aplicaciones militares durante las dos guerras mundiales.

Skinner proporciona un método para aprendizaje rápido que resultaba valioso para la industria militar pues podían instruir rápidamente sobre el manejo de armas, formas de matar, operación de maquinaria etc. Este modelo de educación es posfordista y sirve muy bien a las industrias. La figura #1 muestra el mecanismo que develó Skinner sobre las reglas de la conducta con la implementación de reforzamientos positivos y negativos, el éxito es en el cerebro una sustancia bioquímica que se derrama al alcanzarlo y vuelve adicto al cerebro para continuar irrigándolo. Actualmente todas las actividades sociales de los seres humanos basan su modelo conductual en el éxito, es por esta razón que la educación conductual funciona hoy en día, ejemplos: video juegos, deportes, escuela, pareja, compras. En suma, el conductismo funciona con toda conducta trivial ya sea para producirla o modificarla, es decir, puede moldear hábitos o extinguirlos mediante el precondicionamiento, condicionamiento y poscondicionamiento.

Figura 18. Reglas de la conducta según refuerzos positivos.



Los tipos de condicionamiento operante son:

- Moldeamiento, usa recompensas para guiar la conducta natural hacia la conducta deseada.
- Reforzador, consolida un comportamiento mediante el aumento de su frecuencia.
- Castigo, debilita la conducta no deseada para extinguirla.

La forma de cambiar estas respuestas automáticas o hábitos condicionales es modificar los entornos próximos de las personas. Se requiere un modelo de educación basado en las necesidades de las personas, que se adapte a ellas, las comprometa. De esta manera se puede lograr impactar positivamente desde el inicio de sus vidas y no cuidarles únicamente hasta el final para que logren comprender y explicar su enfermedad y así puedan realizar los controles preventivos. Resulta urgente transitar hacia un modelo de medicina socializada como el de Suiza, Inglaterra, Francia, Canadá y Cuba bajo un modelo de educación que sirva a la gente donde la prevención de la enfermedad sea primordial y no la sintomatología especializada. Para esto se necesita la creación de un marco regulatorio e intervención institucional en conjunto para frenar el avance de las industrias alimenticias y farmacéuticas sobre la alimentación y la salud de la población. La DM2 como hecho social yace en nuestros hábitos que consideramos privados y hasta íntimos pero que son públicos y socializados o sea compartidos por la mayoría de las personas.

Con base en lo anterior, existe una relación entre salud y violencia observable en los mecanismos que la hacen una constante en la sociedad patriarcal. El papel de las mujeres en la salud ha sido el rol de cuidadoras, este representa una extensión de las conductas que se les han asignado culturalmente. El estado de precariedad de las mujeres con respecto a los hombres en temas de salud es mayoritariamente

de orden cultural pues son ellas quienes dedican su vida al ciclo de sanidad de los hombres en la sociedad quedando ellas en la enfermedad.

No pretendo hacer generalizaciones al respecto, pero se puede concluir que el ciclo de enfermedad y sanidad es más favorable para los hombres que para las mujeres, aunque también es cierto que las mujeres se cuidan más y cuidan a sus parejas e hijos más que los hombres. Esto muestra la dependencia de ellos al cuidado de las manos, corazones y mentes de las mujeres, lo cual los hace vulnerables también a la violencia patriarcal. De ahí las muertes violentas en ambos, en los hombres mayor mortalidad y en las mujeres mayor morbilidad por causa de agonías prolongadas.

Es verdad que un reduccionismo histórico o fenomenológico sobre el pasado no basta para explicar la diabetogénesis por la multicausalidad y su explosión combinatoria en las sociedades actuales, sin embargo, apostar por la caza de hechos sociales permite abordar el proceso y así comprender los cambios y transformaciones de los agentes diabetogénos en el presente, relacionados directamente con los hábitos condicionales.

Desde esta perspectiva no existe enfermedad sino personas con una condición de salud o padecimiento, declarar la guerra a las enfermedades ha dañado colateralmente a sus portadores. Por esta razón es necesario mejorar el modelo de educación de DiabetIMSS, y transitar hacia la medicina social o socializada. Pero soy consciente de que aún queda mucho por hacer, desde universalizar el acceso a la salud, cambiar el modelo biologicista y entrar a la arena de la salud pública para reforzar sus mecanismos de vigilancia epidemiológica, promoción y prevención de la salud.

Esta lucha se ha intensificado con la llegada de COVID-19 debido a las complicaciones en personas con obesidad, diabetes e hipertensión. Es en este contexto que encuentro una nueva vereda para continuar en el campo de la salud pública.

Anexo.

Tabla 12. Índice bioquímico para el control metabólico según la Federación Americana de Diabetes.

Índice bioquímico	Valores normales	Límites máximos	Valores inaceptables
Glucosa en ayunas	≥ 70 , <120mg por 100ml de sangre	140 mg por 100ml de sangre	≥ 140 mg por 100ml de sangre
Hemoglobina glicosilada	<6 mg por 100ml de sangre	8 mg por 100ml de sangre	≥ 8 mg por 100ml de sangre
Colesterol sérico HDL* y LDL**	<200 mg por 100ml de sangre	225 mg por 100ml de sangre	≥ 225 mg por 100ml de sangre
Triglicéridos en ayunas	<150 mg por 100ml de sangre	165 mg por 100ml de sangre	≥ 165 mg por 100ml de sangre

Descripción: se realizó con base en el “Anexo 4c Índices de control metabólico recomendados por la Asociación Americana de Diabetes” (García de Alba, 2000: 50) y notas de campo tomadas en Julio de 2019 en el aula de DIABETIMSS-HZ#1+MF.

* ≥ 40 mg/100ml en hombres, <50mg/100ml en mujeres. ** <100mg/100ml

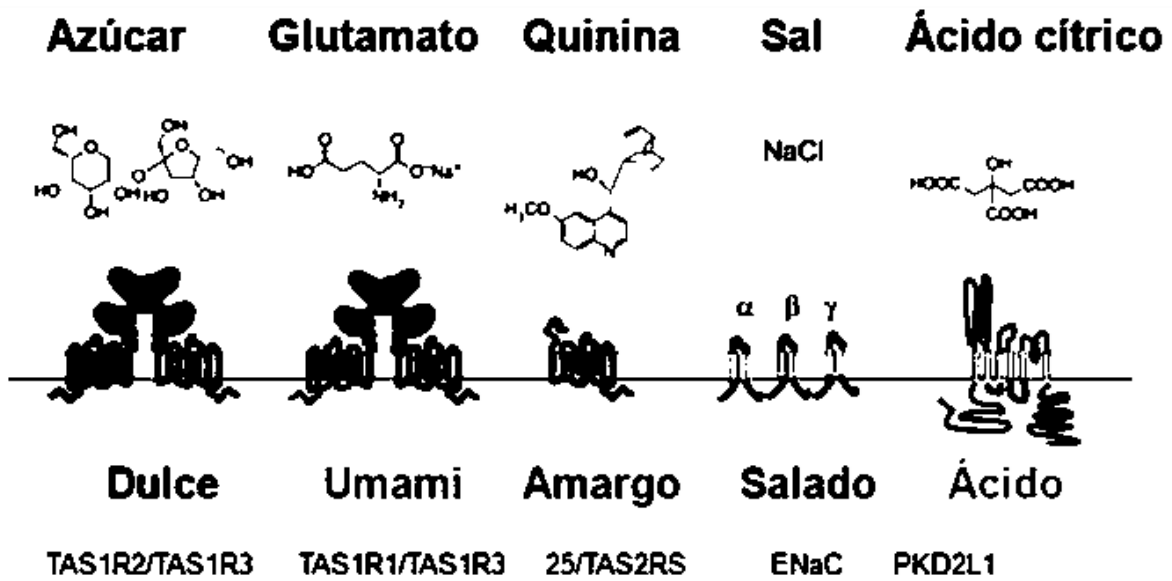
Tabla 13. Socio demografía y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Fecha.	Código	Tiempo desde el diagnóstico	Procedencia	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Nivel socioeconómico Ingreso/vivienda
15/07/19	J,35, EO, M,14	14 meses	La paz	35	M	Empleado oficina	Carrera técnica	Casado	C
15/07/19	G,62, TD, F,15	15 meses	La Paz	62	F	Hogar TD	Primaria	Casada	E Vive en casa de su hermano
16/07/19	J, 53, DO, M, 15	15 meses	San José del Cabo	55	M	Desempleado	Primaria	Casado	E Vivienda en construcción no tiene ingresos.

16/07/19	M, 51, T, F, 12	12 meses	Sonora	51	F	Negocio familiar tienda de abarrotes	Secundaria	Casada	D
18/07/19	F, 40, S, M, 11	9 meses	Michoacán	40	M	Soldador	Secundaria trunca	Casado	D+
18/07/19	M, 59, TD, F, 8	8 meses	La Purísima BCS	59	F	Hogar	Primaria	Casada	D
22/07/19	S, 43, C, F, 12	12 meses	La Paz	43	F	Comerciante	Secundaria	Soltera	D vive con sus papas
22/07/19	V, 51, TD, F, 12	12 meses	La Paz	51	F	Trabajadora domestica	Secundaria	Viuda	D casa de su difunto esposo
31/07/19	D, 51, EO, M, 12	18 meses	Puebla	51	M	Encargado de una gasolinera	Carrera técnica	Casado	C
31/07/19	J, 21, EE, M, 12	18 meses	La Paz	21	M	Estudiante	Cursa carrera técnica	Soltero	D

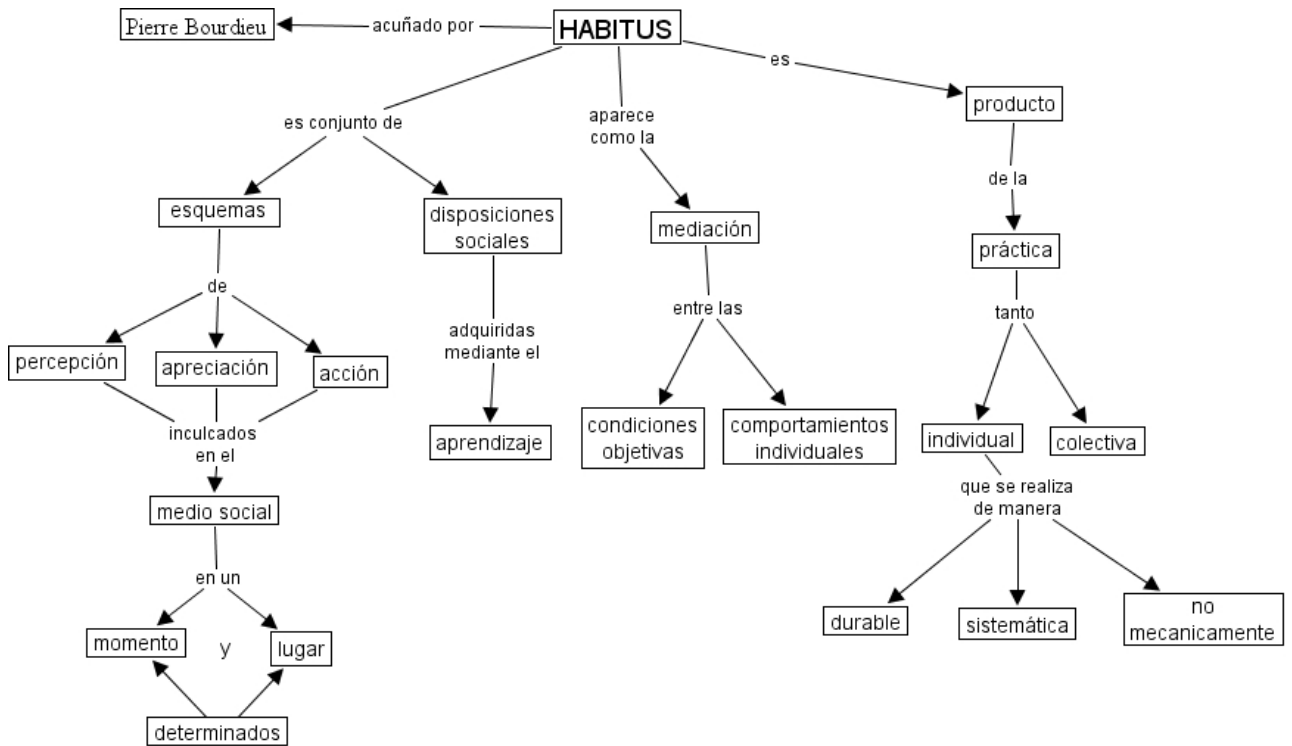
Descripción: aquí se muestra información sociodemográfica de las personas entrevistadas, respecto a lugar de origen se presenta éste, sin embargo, los diez son residentes habituales de La Paz desde hace más de 10 años. Fuente: elaboración del autor con base en (Bourdieu, 2013) y (López, 2010).

Figura 19. Ejemplo de estímulos naturales y receptores de sabor involucrados en el reconocimiento de los cinco sabores básicos.



Fuente: Severiano, Patricia. Noviembre de 2018. La Construcción del sabor en la alimentación Humana. En Giménez, Gilberto. Seminario permanente, Cultura y representaciones sociales. Llevado a cabo en Ciudad Universitaria Instituto de Investigaciones sociales.

Figura 20. mapa conceptual sobre el habitus.



Referencia: Retomado de contenido libre Cmap Tools. Con base en (Bourdieu, 1998)

Figura 21. Carta de consentimiento informado.


 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	El sentido social del gusto y la adicción alimenticia. Epidemiología social de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el municipio de La Paz Baja California Sur-México. Un estudio de caso.
Lugar y fecha:	HZ#1 y MF La Paz BCS
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La DM2 es la tercera causa de muerte en el Estado de Baja California Sur (BCS). Constituye el tipo más frecuente y mayoritario de esta enfermedad. A nivel nacional BCS ocupa el tercer lugar en diabéticos. Actualmente existen 11 500 casos -sólo en el IMSS- lo cual ocasiona altos costes sociales, económicos y fisiológicos.</p> <p>El objetivo es establecer una relación entre estilo de vida, dieta, adicción y evolución de la DM2 en personas adscritas al HZ#1+MF del IMSS Zona La Paz. Lo anterior se observará con la técnica (PECES) mediante la reconstrucción de la dieta y el estilo de vida de la persona en relación con la adicción alimenticia y la evolución de la enfermedad crónica.</p> <p>Se consumará la entrevista compuesta (PECES) que combina la entrevista semiestructurada y la historia de vida para identificar los agentes y el modo de transmisión de la DM2 en el medio socio-ambiental.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Mínimo, no se realizará ninguna acción que comprometa la integridad física de la persona.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocimiento socio-epidemiológico de la DM2, mejoramiento del tratamiento de primer nivel y bases para impulsar una política pública de prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se presentarán los resultados.
Participación o retiro:	Puede retirarse en el momento que lo desee, sin que afecte la atención en la unidad médica
Privacidad y confidencialidad:	No se harán públicos datos personales sin consentimiento.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	no aplico
	<input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>D en C. Andrea Socorro Álvarez Villaseñor</u>
Colaboradores:	<u>Lic. Eduardo Michel Aguirre Martínez</u>
<p><u>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</u></p>	
<p><u>Eduardo Michel Aguirre Martínez</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p>Nombre y firma de quien otorga el consentimiento</p>	
<p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

Figura 22. Dictamen de aprobación CLIS 301.

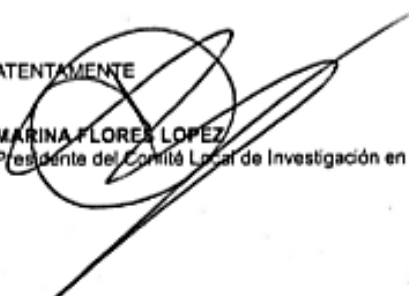
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	
Dictamen de Aprobado		
Comité Local de Investigación en Salud 301. H GRAL ZONA -MF- NUM 1		
Registro COFEPRIS 17 CI 03 003 036 Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 03 CEI 001 2017082		
FECHA Miércoles, 19 de junio de 2019		
Dra. Andrea Socorro Alvarez Villaseñor		
PRESENTE		
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "El sentido social del gusto y la adicción alimenticia. Aproximación social a la diabetes mellitus tipo 2. Un estudio de caso" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es <u>A P R O B A D O</u> .		
Número de Registro Institucional R-2019-301-016		
De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.		
ATENTAMENTE	 MARINA FLORES LOPEZ Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 301	
Imprimir		
IMSS SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL		

Figura 23. Acta de tutoría institucional IMSS.

 GOBIERNO DE MÉXICO	 IMSS	DELEGACION REGIONAL BAJA CALIFORNIA SUR JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS Coordinación auxiliar de Investigación en salud
La Paz, Baja California Sur 12 febrero del 2019		
Dr. Fabio Abdel Salamanca Gómez Titular de la Coordinación de Investigación en Salud Instituto Mexicano del Seguro Social		
Por medio de la presente me permito manifestarle que acepto fungir como tutora y la responsabilidad para que el alumno: Aguirre Martinez Eduardo Michel, cumpla con los lineamientos que establece la convocatoria; así como me comprometo a apoyar para que el alumno concluya en un plazo no mayor a dos años el trabajo titulado: "el sentido social del gusto y la adicción alimentaria. Aproximación a los factores sociales de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) en el municipio de la Paz Baja California Sur- México. Un estudio de caso".		
Sin más por el momento quedo a sus órdenes		
Atte		
Dra Andrea Socorro Alvarez Villaseñor. Matricula 99032099		
Investigador principal		DRA. ANDREA SOCORRO ALVAREZ VILLASEÑOR MATRICULA 99032099 ASOCIADO A. SNI NIVEL I
Asociado A. SNI nivel I		
Francisco E. Madero No. 315, Colonia El Estero La Paz, Baja California Sur, C. P. 23020. Tel. (612) 1236700 Ext.39426		

Bibliografía.

- Aguirre, E. Michel. 2018. *Innovación y tradición. Milpa y campesinos a la sombra de los volcanes del Estado de México. Un estudio de Caso*. Ciudad de México. Centro de Estudios para el Desarrollo rural sustentable y la Soberanía alimentaria. Altas y Bajas Ed.
- Bourdieu, Pierre. 1998. *La Distinción*. Ciudad de México. Taurus, Santillana Ed. S. A.
- Bourdieu, Pierre. 2013. *La miseria del mundo*. México. FCE.
- Bourdieu, Pierre. 2018. *La dominación masculina*. Madrid-España. Anagrama Ed.
- Cockerham, William C. 2002. *Sociología de la Medicina*. Madrid, España. Pearson Ed.
- Durkheim, Émile. 2015. *Las reglas del método sociológico*. México-CDMX. COLOFÓN S.A. de C.V
- Frenk, Julio, Frejka, Tomas, L. Bobadilla, José, et al. 1991. *La transición epidemiológica en América Latina*. Bol Of Sanit Panam. 111 (6). 485-496
- Firestone, Shulamith. 1976. *La dialéctica del sexo*. Barcelona. Kairos Ed.
- Fisher, Helen. 2007. *Anatomía del amor. Historia natural de la monogamia el adulterio y el divorcio*. Barcelona. Anagrama Ed.
- Foucault, Michel. 1998. *Historia de la sexualidad tomo 1, la voluntad de saber*. Ciudad de México-México. Siglo XXI Ed.
- Gamiochipi Cano, Mireya, Haua Navarro, Karime, Valdez González, Leticia et al. 2009. Programa institucional de prevención y atención al paciente diabético. México. IMSS Ed.
- García de Alba, Javier. 2000. *Un modelo para la atención primaria de la diabetes mellitus tipo 2. Una visión integral y participativa*. Guadalajara, Jalisco, México. IMSS.
- García, Pedro. 2012. *La alimentación de los mexicanos*. Ciudad de México-México, CANACINTRA.
- Gayle, Rubin. 1975. *El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo*. Revista Nueva Antropología. Noviembre Vol. VIII, No.30. UNAM.
- Gouverneur, Jacques. 2011. *La Economía Capitalista, Una introducción al análisis económico Marxista*, España, MAIA Ed. Pp. 225-253.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Harris, Marvin. 1999. *Bueno para comer*. Madrid-España, Alianza Ed.
- Hunt, EK y M. Lautzenheiser. 2011. *History of Economic Thought: A Critical Perspective*, Londres, M. E. Sharpe.
- Illich, Iván. 2006. *Obras reunidas Vol. 1*. México. FCE.
- Jablonka, Eva and J. Lamb, Marion. 2014. *Evolution in Four Dimensions: Genetic, Epigenetic, Behavioral, and Symbolic Variation in the History of Life*, revised edition, The MIT Press Cambridge, Massachusetts London, England.
- Kaufman, Michael S. 1995. *Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*, en Luz G Arango, Magdalena Leon, Mara Viveros Comp. Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá. Tercer mundo Ed.
- Kimmel, Michael. 1988. *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina*. En: Valdez, Teresa y José Olavarría. ISIS FLACSO. Ediciones de las mujeres No.24

- Latour, Bruno. 1998. *La tecnología es la sociedad hecha para que dure*, en M. Domenech y F.J. Tirado (comps.). Sociología simétrica-Ensayos de ciencia, tecnología y sociedad. Barcelona. Gedisa
- López Romo, Heriberto. 2010. Ilustración de los niveles socioeconómicos en México. México. Instituto de investigaciones sociales S.C.
- Millet, Kate. 1995. Política sexual. Madrid-España. Cátedra S. A. Ed.
- Mintz, Sidney. 2003. *Sabor a comida, sabor a libertad*. México D.F. Ediciones de la reina roja S.A. de C.V.
- Molina, C. 2003. Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado, en Tubert, Del sexo al género, Madrid: Catedra Instituto de la Mujer, universidad de Valencia.
- Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. 2010. *A new classification of foods based on the extent and purpose of food processing*. Cadernos de Saúde Pública.
- Moss, Michael. 2013. *Salt, Sugar, Fat: how the food giants hooked us*, New York, Random House.
- Patel, Raj. 2008. *Obesos y Famélicos: Globalización, hambre y negocios en el nuevo sistema alimentario mundial*. Barcelona. Marae Ed.
- Peet, Richard and Hartwick, Elaine. 2015. *Theories of Development: Contentions, Arguments, Alternatives*. Third Edition, chapter I Growth versus development. New York. Guilford publications.
- Segato, Rita Laura. 2003. Las estructuras elementales de la violencia. Buenos Aires-Argentina. Universidad Nacional de Quilmes.
- Severiano, Patricia. Noviembre de 2018. *La Construcción del sabor en la alimentación Humana*. En Giménez, Gilberto. Seminario permanente, Cultura y representaciones sociales. Llevado a cabo en Ciudad Universitaria Instituto de Investigaciones sociales.
- Veraza, Jorge. 2008. *Subsunción real del consumo bajo el capital*. Ciudad de México. Ítaca Ed.
- Vincent Marqués, Josep. 1997. varón y Patriarcado. ISIS-internacional. Ediciones de las mujeres No.24
- Weber, Max. 2014. *Economía y sociedad*. Ciudad de México. FCE Ed.