

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE GRUPOS E INSTITUCIONES

10ª GENERACIÓN

2012-2014

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

El proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes

Candidato a Maestro: Luis Rogelio Gutiérrez Camacho

2015

Asesora: Eugenia Vilar Peyrí

Lectora interna: Claudia Mónica Salazar Villava

Lector externo: Abraham Refugio Zavala Orta

Lector externo: Jaime García Rodríguez

Contenido

Introducción	3
Polifonía grupal	7
Posición subjetiva ante la diabetes	24
El papel de la medicina en el proceso	51
El juego de los espejos	85
Conclusiones	94
Bibliografía	99
Glosario	104

Introducción

El presente trabajo ha transitado por multitud de cambios teóricos y de enfoque, una interacción entre la génesis social y la teórica. Mi interactuar con otras personas que tienen el diagnóstico médico de diabetes en busca de elementos que dieran respuesta a qué sucede en el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de esta enfermedad me ha permitido cuestionarme cosas que antes no veía y dejar de ver otras que antes me parecían evidentes. El texto que hoy tienes entre tus manos, estimada lectora, querido lector, busca dar cuenta de dicho proceso, de los altibajos a lo largo de la elaboración de este trabajo y del resultado del análisis retrospectivo en algunos otros aspectos que me pudieran conducir hacia una elaboración teórica con base en el interactuar con otros sujetos. Por esta razón, también hallarás cara lectora, apreciado lector, lo que a mi parecer al momento de la escritura resulta teóricamente significativo para entender lo vivido durante la construcción de este escrito en el marco de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones. De esta manera, encontrarás una trenza de metodología, trabajo de campo y teorización, espero que te parezca amigable el arreglo de un peinado que en ocasiones parecía el peinado de Amaranta.¹

Comienzo el trabajo con la descripción a grandes rasgos del trabajo de campo que llevé a cabo, para luego identificar el momento del diagnóstico y lo que se dijo alrededor de éste. Confronto lo que algunos de los individuos entrevistados dijeron a propósito de cuando recibieron el diagnóstico médico de diabetes, incluyendo lo que yo recuerdo de mi propio proceso. Posar la vista sobre este material me llevó a cuestionarme sobre la posición subjetiva, para empezar, adoptando una definición de subjetivación, entendiéndola como una posibilidad de organización de una conciencia de sí, un proceso por el cual se constituye una subjetividad, intentando desentrañar el concepto mismo, la forma en la que se entrelazan y pierden entre sí la posición subjetiva, el saber y el poder, en un esfuerzo por mantenerlos separados conceptualmente pero reconociendo que la división es estrictamente artificial.

¹ Anexo en el CD adjunto al texto impreso: archivo multimedia, audio: El nido de la cigüeña. Grupo Bandula. O en: <https://www.youtube.com/watch?v=dZOsissCWhI> en el canal de CONACULTA bajo el nombre: Bandula - El nido de la cigüeña Amaranta

Abordar el proceso de subjetivación adoptando un paradigma de complejidad, alejándome de la visión simplificadora y lineal, no fue tan fácil como lo imaginé en un principio. Para partir en este sentido, también aclaro lo que para fines de este trabajo tomo como unidad. Aunque mi problema de trabajo es el proceso a partir del diagnóstico, sentí la necesidad de definir mis unidades de análisis, de discutir qué es un individuo, identificándolo como aquel que tiene su propia dinámica en la que se realiza y especifica, distinguiéndose del medio, existente mientras conserva la organización que define su identidad. Reconozco también, que dicha elaboración del individuo es un trabajo de construcción abstracta, una forma de ver y comprender, no algo que existe por sí mismo con esas características. No quiero decir, de ninguna forma, que los individuos sean una construcción mía, lo que construyo son los conceptos, las unidades analíticas, un ejercicio intelectual, no uno divino.

El siguiente punto crítico en el desarrollo de la construcción teórica para abordar el problema planteado en este trabajo, fue el conflicto entre los conceptos: deriva, evolución, creación, desarrollo. En general, los conceptos: evolución, creación y desarrollo, tienen un tinte positivo, valorado como bueno y suelen asociarse con procesos inteligentes, voluntarios, anhelados y deseables; me interesa dejar claro que no comparto esta visión cuando hablo del proceso de subjetivación ni de las propiedades o capacidades del individuo, de tal manera que prefiero tomar el concepto de deriva para trabajar con individuos en el análisis del proceso de subjetivación. La importancia que encontré en hacerlo de este modo, es que requiero un concepto que me permita colocar al individuo como algo que ocupa un espacio y habita un tiempo, que ese espacio y ese tiempo cuentan con determinaciones histórico-sociales particulares y características, de tal manera que el diagnóstico médico de diabetes no puede darse en el aire, se da en condiciones materiales concretas, entre individuos concretos, cada uno de ellos con su propio proceso de subjetivación.

Entender al individuo como un ente concreto, material, histórico, social, me permite analizar sus procesos en términos materiales, históricos y sociales. De esta manera puedo aprovechar construcciones teóricas como dispositivo, biopolítica, panópticos y sinópticos y a través de esas construcciones leer los procesos de subjetivación

concretos, particulares, singulares, como una categoría común, algo que agregar como proceso de subjetivación.

Al contrastar lo encontrado en el trabajo de campo con esta construcción teórica encontré tres conceptos fundamentales y recurrentes en cuanto a posiciones subjetivas: por un lado la idea de la diabetes como enfermedad y el panorama de su importancia biológica, corporal y cómo desde ahí afecta la posición subjetiva en relación al propio cuerpo; la posición subjetiva ante la abstracción del ser diabético, alguien ajeno a mí y lo que sucede ante el panorama del ahora soy diabético; y , finalmente, la idea de lo que el diabético hace (o debe hacer) porque tiene la enfermedad, ya sea como parte del cuidado de sí o como consecuencia del ser diabético o del tener diabetes. Estos tres conceptos se entrelazan, se mantienen unidos y al final del camino fui incapaz de distinguirlos conceptualmente, no sólo se tocan, se definen entre sí, ante lo cual opté por formar un único concepto denominado diabetes/diabético/diabetizar.

A partir de aquí paso a analizar la importancia del modelo médico hegemónico en la configuración de sujetos, en la creación de posiciones subjetivas específicas, en la participación de la hegemonía y la formación de intelectuales orgánicos para el capitalismo y la burguesía, para poder vislumbrar algunos de los mecanismos que funcionan en el mantenimiento del *statu quo* social, el sentido de la construcción de saber objetivo y la objetividad como un argumento para obligar.

Luego exploro diversos niveles en las categorías de análisis, la intervención o participación de instituciones en la creación de posiciones subjetivas, instituciones tales como la familia, el dinero, el Estado, la medicina, la educación.

Busco la relación entre lo individual y lo colectivo, la forma en la que el colectivo, lo social, habla a través del individuo², del sujeto sujetado, pero también la fuerza transformadora del sujeto como potencial creador de saberes que puedan transformar las relaciones de saber/poder.

² En el cuerpo del texto, principalmente en el segundo capítulo (*Posición subjetiva ante la diabetes*), encontrarás, estimada lectora, apreciado lector, una discusión y diferenciación sobre los conceptos “sujeto”, “individuo”, “singular” y otros relacionados. Además los podrás encontrar al final del escrito en el glosario.

Finalmente las conclusiones, donde expongo sucintamente la forma en la que se da el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, no como un discurso unificador, conformador de realidades, sino como una herramienta para visibilizar un proceso que sucede en la subjetividad, que la transforma y configura, pero en la cual el sujeto tiene forma de transformarla para sí y para los demás, que no son los que están de más, sino lo demás de nosotros mismos. De esta manera busco cerrar las ideas y sus relaciones en el texto, así como dar cuenta de algunas repercusiones de la investigación más allá de sí misma, en el ámbito de las ciencias sociales y en otros campos, como la práctica médica clínica.

Polifonía grupal

El presente trabajo de investigación parte del propósito de analizar el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes. Al enfrentarme al material recabado y al recorrido realizado desde el inicio de mi búsqueda, con los ojos teóricos y metodológicos que he tomado en la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, al final del trabajo de campo realizado para aproximarme a dicho proceso, me enfrento a las preguntas ¿dónde comenzar? ¿Bajo qué categorías darle orden al trabajo: cronológica, metodológica o conceptualmente? Los cambios teóricos y metodológicos en general tienen relación espacio temporal, un tránsito de la génesis práctica a la teórica y viceversa.

Para comenzar la indagación del proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes como un problema de investigación en el marco de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones lo hago desde un abordaje grupal. Aproximarme de esta manera exige tomar una posición metodológica y epistemológica, así como plantearme preguntas fundamentales de la psicología social antes de abordar el problema como tal.

Tal vez las “formas individuales”³ y las “formas colectivas”⁴ se encuentren entre las categorías cruciales para la aproximación teórica en términos de psicología social ¿dónde existe, identifica y constituye lo individual? ¿Dónde lo colectivo? ¿Existe diferencia entre individual y colectivo o son distintas expresiones de lo mismo? Considero que la relación individuo/colectivo puede analizarse en términos dialécticos: Como una decisión arbitraria y unilateral asumo que existe un conflicto conceptual cuya criticidad se encuentra en el límite de lo individual con lo colectivo, así que tomo estas dos

³ En este caso se trata de expresiones únicas e irrepetibles que ocurren en un espacio concreto en un momento determinado; es la expresión de un individuo en el ámbito contingente de las expresiones colectivas en interacción con el medio. Debo aclarar que cuando hablo de expresiones no me refiero únicamente al aspecto discursivo (expresiones lingüísticas), ni siquiera al puramente conductual (expresiones corporales), hablo de la configuración biológica/psicológica/social como unidad material/conceptual/histórica.

⁴ Al hablar de “formas colectivas” me refiero a la dinámica que surge en el colectivo, una dinámica que es ajena al individuo y al mismo tiempo son las cualidades particulares de los procesos subjetivos de cada uno los que hacen posible y expresan de manera única la dinámica del colectivo. De esta manera, son formas colectivas sólo las que emanan de la dinámica grupal.

categorías como una relación de fuerzas antagónicas que sin embargo se requieren mutuamente para existir, forman parte de una unidad, de la totalidad, la frontera entre individual y colectivo es crítica en sí misma. En ambas categorías asumo que no hay rupturas intracategorías y que hay discernibilidad entre ellas. Lo individual no existe sin lo colectivo, a la vez que lo colectivo no existe sin lo individual. Para que exista lo colectivo se requiere de lo individual, es desde lo colectivo que se forma y conforman los aspectos que dan singularidad al individuo, las posibilidades de las formas individuales nacen y son evidentes en las colectivas, así mismo, en la base de la individualidad se encuentra la génesis de lo colectivo. No existe sujeto formado fuera de las relaciones sociales y las relaciones sociales están determinadas al menos desde dos frentes aparentemente opuestos: por la organización social en la forma de producción de la vida material⁵ y sus expresiones inmateriales, por un lado, y por la dinámica propia de la vida interna de cada sujeto⁶, dinámica que determina sus posibilidades de relación y conformación del colectivo.

Considero importante hacer aquí algunas puntualizaciones que distinguen mi propuesta de la hecha por Gaulejac⁷ cuando habla de la dialéctica existencial y de analizar la existencia individual como un fenómeno dialéctico entre “*el individuo producido*” y “*el individuo productor*”, específicamente cuando dice “*No hay nunca repetición pura y simple, ni creación ex nihilo. Si la historia nos construye, conviene igualmente comprender lo que la ha construido y lo que el individuo ha hecho de ésta. Él se construye a partir de la historia y luego en cierta medida contra ella*”. En este caso Gaulejac habla de un sujeto construido-histórico/constructor-de historia, yo digo que existe un individuo que vive y se constituye, no se construye⁸, su vida y realización está

⁵ O sea, por la manera en la que los seres humanos trabajan y producen los medios necesarios para el sustento material de las sociedades.

⁶ O sea, por las posiciones subjetivas derivadas del proceso singular de subjetivación.

⁷ Vencent de Gaulejac (2002) Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. Perfiles Latinoamericanos, 21

⁸ Habrá quien considere sinónimos construirse, realizarse y constituirse, en este caso me parece importante marcar la diferencia. Construirse implica un proceso consciente, un deseo, inteligencia, planificación, supervisión y ejecución, ya que el cuerpo de la palabra (*con-struere*) significa juntar o amontonar; por su parte, la realización es espontánea, se es y en el proceso de ser el mismo sujeto se realiza, se consolida, es, la palabra realizar proviene del latín *realis* (real) con el sufijo *izare* (poner en práctica, convertir en), de esta manera, realizar es hacer real o convertir en real. Por otro lado, constituirse

determinada de forma impredecible por el interactuar⁹ del medio (caótico en sí), con las posibilidades intrínsecas al sujeto. Es decir, el sujeto se sitúa en relación al medio, adopta una disposición intrínseca caracterizada por su propia organización psíquica y física, definida en un momento dado en un lugar determinado, lo cual entiendo como constituyente del sujeto; a su vez, en las prácticas llevadas a cabo por el sujeto, éste mismo se realiza, se convierte en él mismo a través de su hacer, en la deriva que lo constituye también se hace a sí mismo y en ese sentido se realiza.

En las prácticas a través de las cuales se constituye el sujeto, podemos identificar procesos congruentes con formas de articulación social donde las normas revelan formas de exclusión, de diferenciación, jerarquía y dominación, en muchos casos, formas naturalizadas que pueden ser puestas a observación dialógica entre quien ha recibido el diagnóstico médico de diabetes, y quien pretende escuchar e intervenir en la co-construcción y co-deconstrucción de lo dado por hecho para colocarlas nuevamente en el campo de acción a cuestionar.

Con el propósito de articular un conjunto de estrategias de reflexión, elucidación y exploración en un intento por abrir espacios de diálogo, diseñado según las condiciones de los interlocutores y las condiciones de posibilidad de ese diálogo, con la intención de que lo producido se de en condiciones de mínimo control, máxima densidad de contenido y expresividad y con la participación activa y reconocida de los sujetos de la investigación¹⁰, busqué realizar entrevistas grupales con sujetos que ya hubieran recibido el diagnóstico médico de diabetes.

Entre mis posibilidades sociales para conseguir una serie mínima de tres entrevistas con un grupo que tuviera estas características o lo más similar posible, conté con el apoyo de un amigo médico que desde hace 7 años trabaja en un Centro de Salud de un barrio vecino a la colonia en la que nací; vecino de la patria más pequeña, digamos. Así

(que proviene del latín *constitutio*) significa situación, disposición y organización conjunta. La realización o la constitución son acepciones congruentes con mi posición subjetiva manifiesta en este trabajo.

⁹ Esta división entre el medio y el sujeto, implícita en el concepto “interacción” es puramente conceptual, cuando hablo de un medio externo (medio) y un medio interno (sujeto) me refiero a dos fases materiales, dos formas de organización discernibles, donde el sujeto forma parte inherente del medio y el medio es indispensable para el sujeto, conformando una unidad más allá del aparente antagonismo.

¹⁰ Claudia Salazar (2004). Dispositivos: máquinas de visibilidad. En UAM-X. Departamento de Educación y Comunicación, Anuario de investigación 2003 (pp. 291-299). México: UAM-Xochimilco.

fue como entré en contacto con el “*grupo de ayuda mutua*”¹¹, cuya existencia oficial es responsabilidad de la directora del Centro y la promoción y organización está bajo la coordinación de Trabajo Social.

El grupo en cuestión está conformado por sujetos con distintas enfermedades, principalmente diabetes e hipertensión, pero también con problemas de osteoporosis; en todo caso, con enfermedades de las consideradas crónico-degenerativas. Esto movió el esquema pensado para el grupo ideal a entrevistar, pero con base en la perspectiva de construir el dispositivo grupal como un espacio donde moverse libremente dando lugar a la expresión de impulsos conflictivos, verdaderos deseos y objetivos, y su correspondencia con los deseos conscientes, trabajando en pos de la autocrítica, partiendo de una convocatoria grupal uniforme que contrastara con la diversidad individual que la conforma, buscando la mayor heterogeneidad posible entre los miembros del grupo y la mayor homogeneidad en la tarea, buscando en el grupo un esquema conceptual, referencial operativo¹² orientado al cuestionamiento del doxa, o sea, de lo dado como natural.

Como estrategia metodológica asistí con Abraham Zavala, egresado de la novena generación de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones (MPSGI), quien aceptó de muy buen grado acompañarme a hacer las entrevistas, en el entendido de que yo conduciría la entrevista y él fungiría como observador, hablamos dos veces antes de presentarnos frente al grupo. En esas pláticas establecimos los lineamientos generales de la entrevista, las temáticas fundamentales y nos planteamos lo que haríamos ante ciertos escenarios. No sé si eso funcionó o no. Al momento de presentarnos frente al grupo la propia dinámica del encuentro nos llevó a tomar decisiones al vuelo, mismas que tomamos según los lineamientos acordados, pero que ponen de manifiesto que el contacto con el grupo tiene elementos fundamentalmente imprevisibles.

Pongo en los anexos la transcripción completa de las entrevistas, con la finalidad de que quien quiera profundizar en ellas tenga el material para hacerlo, en el cuerpo de este

¹¹ Así denominado y contemplado para el tratamiento de la diabetes en la *NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*.

¹² Pichón-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

texto sólo pongo lo que me pareció más representativo y productivo en términos de la búsqueda por el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes. Coloco en pies de página mis observaciones, preguntas y comentarios de las entrevistas con el propósito de evitar que mis anotaciones estorben en la aproximación a lo dicho, pues lo que apunto es producto de mi proceso, desde mi posición subjetiva y me reconozco incapaz de hacerlo desde otro lado. Así mismo, comprendo que tú, que ahora lo lees, tendrás una experiencia similar al aproximarte, de tal manera que, aunque son fragmentos de la entrevista, se mantiene cierta continuidad, esto con la idea de que lo leas de corrido al menos una primera vez y vuelvas a ella y a mis observaciones en la relectura.

Considerando las entrevistas en su conjunto y buscando aquello que las distinga, puedo decir que la primera fue una entrevista de mutua aproximación, en la que el discurso preponderante giró de forma oficial, es decir, los discursos repitieron sistemáticamente el discurso oficial¹³, fue la voz del modelo médico hegemónico a través de los individuos. Creo que con los primeros minutos de la entrevista se hace evidente.

Abraham — Entonces lo que tenemos aquí es un grupo y lo que, lo que se espera del grupo es que el grupo hable por sí mismo de lo que están viviendo y cómo lo están viviendo. Porque finalmente, nadie más puede estar dentro de sus zapatos que ustedes, nadie más siente lo que sienten ustedes y eso es lo más importante: que tengan una voz que pueda ser escuchada ¿no?

Luis — Bueno, entonces, este. Ya me presentaron, ya me presenté, me pueden decir Luis, para sentirme como más a gusto. No sé si alguien quiera contar ¿qué significa, qué es para ustedes, si ha cambiado en algo o no, vivir con diabetes o con hipertensión?

¹³ Entiendo como oficial el espíritu expreso en las Normas Oficiales: la NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; la NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

*Graciela*¹⁴ — Yo sí, mire. He cambiado mucho con la diabetes, porque antes, yo fuma... bueno no fumaba, pero tomaba, comía de todo¹⁵. Ya cuando me dijeron que tenía la diabetes y que tenía que cuidarme, ya dejé muchos hábitos que tenía yo, que estaba yo acostumbrada¹⁶. Y ahora, no sé por qué, pero tengo gastritis o colitis, no sé, o algo así, o sea que tengo malestares intestinales, me dice el doctor que es por la diabetes¹⁷.

Luis — Ok. Y ¿Desde cuándo tiene?¹⁸

Graciela — Tengo mala circulación y me dicen que es por la diabetes, que me ha ido afectando la diabetes.

Luis — ¿Cómo se llama, usted?

Graciela — Graciela del Refugio Vázquez Martínez, a sus órdenes.

Luis — Y ¿cómo le dicen, cómo le puedo decir?

Graciela — Gras

¹⁴ La señora Graciela rebasa apenas los sesenta años de edad, de complexión mediana tendiendo a gruesa, de poco menos de metro y medio de estatura tiene dificultad para apoyar los pies sentada en las bancas nórdicas que se utilizan en el Centro de Salud. En la dinámica del grupo pocas veces participa verbalmente, sin embargo, su expresión corporal mueve la forma en la que se dan las cosas en el grupo. Hasta cierto punto lleva la batuta de un subgrupo de cuatro participantes que colocan a la señora Graciela en posición de portavoz.

¹⁵ En los comentarios sobre lo dicho por las participantes en la entrevista grupal quiero evitar trasponer los límites de la interpretación. Considero que no puedo asumir que “quiso decir” o no lo que se dijo, sin embargo, considero fundamental para el trabajo realizar una aproximación a lo dicho y a lo no dicho, con este propósito planteo mi interpretación en forma de pregunta, aclarando desde ya mi imposibilidad interpretativa. ¿Por qué decir que fumaba y luego desdecirse? ¿Acaso está elaborando un discurso en el cual mostrarse como ejecutora de un conjunto de conductas consideradas insalubres y nocivas en el medio del Centro de Salud?

¹⁶ ¿Se quiere presentar como alguien obediente? ¿Quiere externar la forma en la cual la diabetes ha cambiado su forma de vivir y actuar?

¹⁷ La estructura de esta oración ¿significa que pone en duda el dicho del médico o que confía en él para explicarse lo que ella no sabe? ¿El médico es colocado en el lugar del “supuesto saber”? En todo caso ¿esta oración representa una manifestación de la relación del grupo con los médicos?

En este párrafo la señora Graciela ¿Pretende dar respuesta a mi pregunta a nombre de todo el grupo o al suyo propio? Después de la entrevista, en la discusión entre Abraham y yo, nos pareció que la señora Graciela representa uno de tres subgrupos y que en este caso respondía a nombre de dicho subgrupo, esto parece notarse mejor en el desarrollo ulterior de la entrevista.

¹⁸ Penosamente he de reconocer aquí que me ganó la inercia formativa de la medicina, y que las preguntas que pongo a pie de página en el párrafo anterior no pasaron por mí al momento de la entrevista.

Luis — Entonces, sí nota una diferencia de antes y ahora.

Graciela — Sí. Bastante.

Luis — Y ¿Cómo ha cambiado su vida, más allá de sentir estas molestias, o estas molestias que tiene ahora y que no tenía antes, cómo han cambiado su vida? ¿cómo..?

Graciela — Sí, he cambiado mucho¹⁹, porque antes me gustaba ir a las fiestas, bailar, tomar, darle vuelo a la hilacha, como dice uno. Pero ya que le dicen a uno que no puede comer esto, no puede comer lo otro, pues ya se limita uno, ya para qué voy si ya ni puedo comer, ni puedo tomar, ni nada, dice uno.²⁰ Es lo que hago. Porque al principio que me dijeron que tenía azúcar yo no hice caso, seguía comiendo, más o menos lo mismo,²¹ hasta que ya pasaron como tres años así, y ya empecé a sentir que sí me estaba cayendo en el estómago la comida que comía ya me hacía daño y me sentía mal.²²

Luis — ¿Desde hace cuánto tiempo tiene diabetes?

Graciela — Pues, como desde el 2010

Luis — Ok. Y a ¿alguien más le ha pasado algo como a Gras?

Martha²³ — Yo soy diabética desde que cumplí 40 años.

¹⁹ Nótese que es la segunda vez que aclara “he cambiado mucho” ¿es importante que el cambio haya sido “mucho”?

²⁰ En este par de oraciones, donde manifiesta las limitaciones impuestas por la diabetes y define lo que se espera como conducta del diabético, creo que aquí se nota con fuerza el discurso hegemónico de la medicina en relación a la diabetes como suceso biológico y a la conducta diabética, a la cual llamo diabetizar y explico en el siguiente apartado, al hablar de la posición subjetiva ante la diabetes.

²¹ Esta situación constituye una constante en los sujetos entrevistados. Todas y todos refirieron una etapa de aparente desobediencia, considero que el poco tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la entrevista resulta determinante para su expresión por parte de la señora Graciela.

²² En este punto haré caso a Claudia Salazar y huiré de la interpretación psicoanalítica, no sin sembrar la pregunta ¿qué importancia tendrá la molestia intestinal con el diagnóstico de diabetes y el medio en el cual se expresó?

²³ La señora Martha es una de las integrantes más antiguas del grupo, ahora ya con 73 años de edad, de complexión delgada, de un metro sesenta de estatura aproximadamente, piel morena. Suele mantenerse en movimiento mientras está sentada escuchando, ya busca en su bolso, ya voltea a un lado

Luis — Ajá

Martha —... y gracias a Dios, siempre he tratado de controlarla, no me la controlo bien, pero sí, pero hasta ahorita lo más que me ha subido es 180, 170 y como hoy en la mañana me la tomé y tenía 74, estaba muy baja, entonces, hay que tratar de comer algo para que se nivele.²⁴ Lo que sí he adaptado a convivir con todo. Yo no le tuve miedo, yo dije, en el nombre del Señor. Pero ahorita, desde mayo del año pasado, ya me vinieron unos ardores, pero señores ardores, como si estuviera en las brasas, de las piernas. Porque ya no tengo circulación, ya no tengo cartílago. Pero aun así adelante, yo les digo, hasta que el Señor diga, pero eso es que uno se tiene que dar el ánimo, no porque le digan estás diabético, Ay me voy a morir. No, echarle ganas y salir adelante.

Luis — Muy bien. ¿Usted cómo se llama o cómo le gusta que le digan?

Martha — Martha Reyes,

Luis — Y ¿Cómo le gusta que le digan?

Martha — Martha, me dicen todos.

Luis — Muy bien. Entonces, este, bueno, desde que tiene 40 años...

Martha — Ahorita, tengo, voy a cumplir 73

Luis — Ya tiene 33 años...

o al otro, cuando se queda quieta suele presagiar una participación como esta, la primera en la que intervino. Su opinión es fuerte en el grupo, es el principal enlace del grupo con el señor Roberto, miembro del equipo administrativo del Centro de Salud, esto hace que sea una pieza clave en la logística de las reuniones, en aspectos tales como la distribución del tiempo o la presencia o no de entretiempos. Es portavoz de otro subgrupo, uno de los más fuertes y con más tiempo en el grupo

²⁴¿Esta introducción incluye un mensaje educativo para los miembros de los otros subgrupos? ¿Denota experiencia? Decir “no me la controlo bien, pero sí” ¿es una manera de buscar reconocimiento o es una forma de afirmar lo que cree sin exponerse a la descalificación por el médico?

Martha — Y he pasado operaciones, he pasado cosas duras, pero gracias a Dios, ahí voy

Luis — Y, algo que me llamó la atención de lo que decía la señora Gras que ya no va a fiestas...

Martha — No, al contrario,

Luis — Usted sí, usted no tiene este...

Martha — No. Le digo, hasta el último día que Dios nos deje, tenemos que movernos, tenemos que luchar. No, le digo, no nos ganamos nada con estarnos encerrados. No ganamos nada con ponernos a llorar, no ganamos nada con enojarnos. Entonces, si nosotros nos queremos, tenemos que luchar por nuestro cuerpo.²⁵

Luis — Y ¿Cómo le hace usted para luchar por su cuerpo?

Martha — Trabajando, no sentarme, no dormirme. Que tengo sueño, me pongo a hacer esto, me pongo a hacer lo otro pero no me duermo.

Luis — ¿Alguien, comparte de lo que vive Martha, lo que vive Gras?

Sandra²⁶ — Sí. Yo soy hipertensa, tengo 25 años con hipertensión.

Luis — Ajá

²⁵ ¿De qué habla cuando menciona el cuerpo? ¿es una escisión en sí o una forma de conciliar con el discurso médico hegemónico? ¿es una experiencia corporal expresada como cuerpo? Para aproximarme a esta expresión, considero importante tomar en cuenta que es una de las personas que tiene más tiempo de vivir con diabetes y que eso hace una diferencia importante: ha tenido más oportunidad de contrastar el discurso médico oficial con su propia experiencia y ha desarrollado mecanismos de sobrevivencia al avasallamiento médico, para lo cual antepone las situaciones difíciles que ha superado y se enorgullece de su fortaleza ¿es así de fuerte o está en contrapunto de la señora Graciela? Por la dinámica del grupo puedo decir que son ambas cosas y que una razón importante para externarlo es la propia dinámica del grupo.

²⁶ La señora Sandra es una mujer que frisa los sesenta años de edad, viuda de un carnicero, quien murió por causas relacionadas con la diabetes (dice). En las tres entrevistas se presentó con un arreglo cuidadoso y lentes oscuros, destacando del resto de las asistentes por el cuidado de la apariencia y pulcritud. Asistente asidua a las reuniones del grupo, vecina del Centro de Salud, de participaciones insistentes y abundantes. Durante las tres entrevistas se caracterizó por llevar la voz oficial, lo que desde el ámbito médico oficial “se espera” que (piense) diga un paciente modelo en un grupo de este tipo.

Sandra — Pero sí comparto lo de ella, porque uno tiene que echarle muchas ganas. Yo amo mucho mi presión, porque gracias a ella he aprendido a comer, a cuidar lo que como.²⁷ Nunca he bebido, porque la verdad no me gusta, pero sí fumé mucho tiempo. Ahorita tengo un año que no fumo. Tengo el problema de mi ojo, anduve batallando por todos lados, pero me encontré un buen médico que con unas inyecciones he podido empezar a ver mejor. Entonces todo es buscarle, y la verdad a mí me gusta mucho bailar, me disfruto mucho con la familia, entonces digo, hay que amar la vida, si un día vivo, este día me voy a querer y a cuidar lo mejor que yo pueda, y ¿cómo? Cuidándome, cuidándome, por eso yo comparto en mucho con Martha.

Luis — Y ¿cómo se llama usted?

Sandra: Yo me llamo Sandra

Luis — Y ¿cómo le dicen?

Sandra: Sandy, Sandra, como guste

Luis — Muy bien, ¿ha cambiado la manera de ver la vida y de cuidarse con la hipertensión? Decía que hace un año dejó de fumar y que se cuida ¿cómo se cuida?

Sandra — Pues, como lo que debo comer. Hace seis meses estaba yo que pre diabética, entonces desde ese momento, dije yo: no refresco, no azúcar. Empecé a seleccionar mis frutas y ya me tomaron el azúcar y estoy normal, entonces, yo de aquí para adelante, nada de azúcar. Entonces, esa es la manera de que yo he

²⁷ Esta participación es representativa de la mayoría de las presentaciones de la señora Sandra, es tal vez en la que más se nota el tono oficial de sus intervenciones. Representa el anhelo terapéutico del conductismo oficial: lograr que la persona asuma la enfermedad como una oportunidad para ser mejor, como un reto consigo misma y conciba su enfermedad como un trampolín hacia una vida mejor, a la que no podría llegar si no fuera por la enfermedad misma.

vuelto a vivir, pues. Cuando me dijeron de la hipertensión, decía que yo no iba a depender de una pastilla, pero a cada rato terminaba yo hospitalizada²⁸, hasta que el doctor me explicó lo que podía ocasionarme si yo no tomaba esa pastilla²⁹, entonces fue ya como empecé a tomarme mi pastilla en la mañana y en la noche.

Luis — Y ¿ya con eso?

Sandra — Ya con eso me controlo, procuro mucho, me gusta mucho leer, tomo cursos, entonces todo eso me mantiene entretenida³⁰. No pienso en mi enfermedad y cuando me pongo a pensar un rato me digo cómo te amo presión, porque gracias a ti he aprendido a cuidarme y a quererme³¹.

En este fragmento podemos observar las variantes sobre el discurso oficial, creo que hay diferencia entre Gras (quien apenas tiene tres años de haber recibido el diagnóstico médico de diabetes), con las demás, quienes ya llevan mucho más tiempo no sólo con el diagnóstico, sino como miembros del grupo, que a la sazón tiene ya 8 años de funcionar de forma intermitente. Con estos, los primeros minutos de la entrevista grupal, se puede apreciar un discurso homogéneo, el discurso oficial en la presentación de un grupo que es entrevistado en un ambiente oficial, por dos miembros introducidos por una de las autoridades del lugar. El fenómeno evidenciado en esta parte de la entrevista puede comprenderse como un estado de pre-tarea, si lo leemos desde la teoría pichoniana; visto de esta manera es el momento de la resistencia a la tarea grupal, acudiendo a la reproducción de viejos esquemas y a la negación de la estructura de grupo en nombre de la individualidad³². Desde esta perspectiva, los llamados viejos esquemas corresponden con el discurso médico hegemónico, con lo dicho desde las

²⁸ Nótese la correspondencia con la desobediencia de la señora Graciela.

²⁹ ¿Control a través de la formación de miedos y la creación de posiciones subjetivas que huyen del dolor?

³⁰ El ideal de la “educación en diabetes”.

³¹ Refuerza el amor hacia su enfermedad pues sólo así pudo acceder a un estado de bienestar y conciencia que de otra forma no hubiera adquirido. Dudo mucho que se trate de un “Síndrome de Estocolmo”, más parece la reproducción del discurso oficial.

³² Marta de Brasi, Lola Lorenzo y Lia Lucato (1985). Concepción operativa de grupo. Papeles del Psicólogo.

posiciones privilegiadas de poder y queda oculta la producción de saberes emanados de lo grupal.

Entonces ¿se trata únicamente de la historia del individuo? Es decir, de la verticalidad del grupo, o también está en juego la situación actual del grupo, es decir su horizontalidad. Desde luego implica ambas pues en la dinámica del grupo resultan inseparables, de tal manera que en el movimiento del grupo ante la nueva circunstancia en nuestra intervención se manifiesta de distintas formas la idea del discurso oficial, adquiere maneras singulares, en la que el sujeto, desde su propia posición, determinada por el contexto histórico/material de su propia ontogenia y filogenia, asume una forma grupal, una forma de interpretar el medio y sus avatares, hacer propio el discurso y expresarlo de una manera singular en la cual se adivina la conformación grupal, en este caso la forma en la que el grupo como tal asume y realiza el discurso médico hegemónico que a la zaga constituye el discurso médico oficial.

Sin embargo, no todo fue endulzarnos los oídos con lo que nosotros creemos que ellas creían que queríamos escuchar, o bien, no todo fue resistencia desde la reproducción de viejos esquemas negando la producción grupal, también hubo quien logró concretar la demanda del grupo.

Estela³³ — Mire, yo tengo ya años de venir, y lo que me gusta es el ejercicio, ahora ya ha aminorado el ejercicio,³⁴ pero vienen personas así como ustedes a darnos pláticas de diferentes cosas, y es bueno porque se da uno cuenta de lo que le conviene a uno, o cómo le va uno a hacer, explicaciones que le sirven a uno para que, esté uno más al pendiente³⁵. O sea, que yo tengo muchos años de hipertensa

³³ La señora Estela es una mujer menuda de casi setenta años de edad, que en esta primera entrevista estaba sentada detrás de una columna, fuera de la vista directa de los entrevistadores, pero a la vista del resto de las participantes, además estaba a sólo dos asientos de la trabajadora social que se encarga de coordinar al grupo y sus actividades. Su peso en el grupo es evidente y aunque durante las entrevistas participó poco tiempo, de una manera u otra marcó los tiempos de ésta. Para comenzar esta intervención sólo se asomó desde atrás de la columna y habló con voz clara sin dejar espacio a la discusión o a la réplica. Creo que eso puede notarse desde el inicio de su intervención.

³⁴ Demanda del grupo para la coordinación, esta se repitió a lo largo de las entrevistas y en los pasillos del Centro de Salud.

³⁵ Concede nuestra presencia ahí, pero establece las condiciones de la misma, lo que el grupo espera de nuestra participación. Pone en evidencia la constitución del sujeto desde las relaciones de saber/poder,

y pues, la verdad, ni caso le hago. No le hago caso, porque nomás sé que me tengo que tomar mi pastilla en la mañana y en la noche, solamente cuando yo tengo unos problemas por ahí cerca de mi casa, es cuando sí me pongo nerviosa o luego hasta se me llega a subir la presión. Pero, pues, rápido me voy al seguro, me meten mi inyección, equis cosa, pero ya hasta me han dicho, una doctora que dice: no, pues es que no la trae tan alta. Pero ese día ya se me había bajado, porque cuando yo me siento así me tomo té de sábila³⁶, que esto, que lo otro, pero para que rápido. Y este, esa vez dice: no, no, lo que tiene usted que hacer es váyase usted a divertir, viva la vida no se reprima, no esto, no lo otro. Pues sí es cierto, digo, pues ya porque ya está uno grande y dice uno, ya no voy aquí. Yo antes era, muy ¿cómo le diré?, muy alegre de joven. Yo me fui mucho tiempo al baile, años. Ahora ya tiene años que ya no voy. Ya me salí. Me vi en el espejo y dije ya estoy grande, ya como para estar ahí. Me empezó a dar pena, así ya a mi edad ya no era la misma como cuando yo era joven. Entonces aquí vengo, eso es lo que me ha gustado, el ejercicio, pero a veces, veo que ya no, me fijo. Eso me ha desanimado un poco, pero de todas maneras es bueno que vengan personas y nos den explicación³⁷.

Esta intervención de la señora Estela tuvo peso en la dinámica del grupo, por un momento se tensó el ambiente. Por la expresión corporal y el manejo del silencio que siguió, quedó claro que ellas tenían el poder para modificar el curso de las entrevistas,

espera el saber de una fuente a la que concede poder, que jerárquicamente queda por encima de ella misma, a quien justifica someterse pues le concede el lugar del supuesto saber, invisibilizando el potencial de lo grupal como fuente de información, análisis y generación de saberes emancipadores, con potencial de transformar la configuración relacional de la comunidad, es decir, de transformar las redes de poder.

³⁶ En este punto es evidente la manera en la que el cuidado de sí está conformado por los saberes del sujeto, independientemente del origen de dichos saberes, siempre y cuando éstos sean congruentes con lo buscado por el sujeto y con el resto de sus formas de cuidado y concepciones del mundo.

³⁷ Abre y cierra la participación con el mismo punto, esto confirma la idea de ser una demanda grupal. Aquí cabe preguntarse ¿Es una sumatoria? Es decir ¿Cada uno de los participantes, de manera individual, demanda que se le dé explicación? O ¿Es una demanda que nace de la dinámica grupal en las condiciones materiales y simbólicas que implica estar en el interior del Centro de Salud y aunque puede ser una inquietud expresada por el individuo está gestada por la dinámica grupal? Mi respuesta es que se trata de una demanda nacida en la dinámica grupal, ajena al sujeto, expresada en él.

algunas de las participantes acercaron sus cosas hacia sí en un acto que interpretamos como un suspenso previo al final, al mismo tiempo que nos mantuvieron la mirada en espera de nuestra respuesta a la intervención de la señora Estela.

Al final de esta primera entrevista acordamos hacer otras dos con el propósito de explorar primero cuáles son sus prácticas de cuidado de sí y cuál creen que es el origen de la diabetes, debo confesar que el siguiente tema, o sea, cuáles son las prácticas por las que cuidan de sí ya lo habíamos considerado Abraham y yo desde el diseño de las entrevistas, mientras que el tema del origen de la diabetes fue expresado por la señora Estela y generó incomodidad mi intento por evadir el tema como centro de una siguiente entrevista.

La segunda entrevista, un poco más libre, en la que el señor Pedro³⁸ habló de cómo le dieron el diagnóstico de diabetes y de su experiencia hospitalizado después de un asalto (transcrita más adelante para aproximarme a la posición subjetiva ante la diabetes), decía, tuvo un tono más alegre, más libre y de exposición sobre el tema, aquí empezamos a notar el papel de ciertos personajes en el grupo.

Identificamos dos polos activos, que acapararon las participaciones: por un lado la señora Sandy, quien desde la primera entrevista había dado su punto de vista, a mi parecer muy oficialista, y así se mantuvo; por otro lado, la señora Patricia³⁹ quien no había asistido a la primera entrevista, pero que varias veces metió tema de discusión y el señor Pedro, quien tampoco estuvo en la sesión anterior, pero que por la dinámica del grupo y las referencias que sobre él se habían hecho forma parte fundamental en el ir y

³⁸ El señor Pedro tiene alrededor de sesenta años de edad, es más alto que el promedio de la población que acude al centro de salud, con actitud de seguridad, durante las dos entrevistas en las que estuvo (la segunda y la tercera) se caracterizó por romper sistemáticamente el discurso oficial, romper la seriedad de la plática con alguna broma. Junto con la señora Sandra fueron quienes más veces tomaron la palabra en las entrevistas. Sus comentarios solían tener un tono sarcástico y continuamente cuestionó el dicho oficial sobre la diabetes y otros temas. Es vecino del Centro de Salud, vive a pocas cuadras de éste, lo conocen como “el flaco” aunque salta a la vista que tiene sobrepeso, elemento que también utiliza para bromear sobre sí mismo y sobre su relación con algunas personas del barrio.

³⁹ Patricia es una mujer de corte promedio en la colonia La Malinche, ronda los cuarenta años de edad, a lo largo de la segunda entrevista grupal (sólo estuvo en ésta) tomó la palabra varias veces, fortaleciendo la posición de cuestionamiento del señor Pedro, aunque parecen tener diferencias importantes en los puntos de vista y se enfrentan en los diálogos parecen jugar en pareja, uno a cada lado del salón.

venir de las discusiones en el grupo. Decía que el señor Pedro ofreció permanentemente el cuestionamiento a la posición oficial, aunque en varias ocasiones concilió la discusión.

Patricia —Y es un gran sacrificio, o sea, que muchas veces sí es un sacrificio, la verdad, dejar de comer muchas cosas, sí. Pero, yo algo que no entiendo y a lo que voy, es por decirlo, cada uno de nosotros da una opinión, los doctores dan otra opinión. Por decirlo, unos dicen: ‘es que no tiene que comer esto, no tiene que comer lo otro, no tiene que... y otro doctor, sí, sí puede comerlo. Nomás que no en excesos, si ahora comió esto que le hace daño, pues cómalo pero en porción menos y déjelo de comer hasta dentro de un mes, mes y medio, quince días o veinte días’. Yo siento que eso es mucho mejor al hecho de dejar de comer todo de un sopetón ¿no? ¿Sí? Que el picante nos hace daño, pos’ sí, sí nos hace daño. Que esto nos hace daño, pos todo nos hace daño. La verdad, todo. En exceso todo hace daño, pero si comemos moderadamente, como debe de ser. Hasta, el poder, por decirlo, tomar, si tomamos y tomamos y tomamos, pues también nos hace daño. El fumar igualmente ¿no? Pero, por decirlo, el cigarro pues si se puede dejar, y sí lo puede uno dejar. Sí hace más daño, ¿no? Porque pues sí, pues se acaba todo el oxígeno y todo lo que tenemos ¿no? Pero pues, ya es el ver y el pensar de cada quien ¿no? Como lo vean y como lo tomen.

Finalmente, la tercera entrevista⁴⁰ fue menos concurrida, la realizamos en el edificio trasero, que está destinado a la prevención y rehabilitación del alcoholismo y la drogadicción. Esta última entrevista se caracterizó por saltar la individualidad, los discursos parecían buscar distinguirse de los otros, creo que en ésta se puede apreciar más claramente la forma en la que el individuo toma el discurso del grupo y en la misma dinámica grupal se muestra él con su singularidad, no para repetir lo que el grupo mismo dice, sino para expresar por sí mismo algo en lo que coincide con el resto.

⁴⁰ Anexo 7. Transcripción de la tercera entrevista grupal.

Las tres entrevistas conforman en sí mismas un conjunto, con etapas identificables de apertura, desarrollo y cierre, mismas etapas que podemos observar en cada una de las entrevistas por separado. De esta manera, aunque el análisis de la primera entrevista parece predominar en este trabajo, esto no excluye ni minimiza lo sucedido en el conjunto de entrevistas grupales. Llama la atención que se haya dado de esta manera, pues aunque la primera entrevista tuvo un componente preponderante de aproximación y predominó la repetición de discurso médico que conocen las integrantes del grupo, no por eso estuvo ausente la expresión singular en desacuerdo con dicho discurso, e incluso se identifican posiciones de resistencia a nuestra presencia y una tendencia a mostrar que el poder sobre el espacio y el tiempo lo tenían ellas y nos lo concedían.

Por otro lado, en la segunda entrevista tuvo más presencia la resistencia al supuesto saber oficial que representábamos los entrevistadores y no por eso no hubo refuerzo al discurso esperado o a hacer gala de su poder en el grupo. En este punto quiero exponer que identifiqué tres componentes en las entrevistas: 1. Intento de aproximación empática a través de decir lo que en su experiencia conduce a la aprobación de la autoridad sanitaria; 2. Reivindicación de la singularidad del grupo y de los sujetos involucrados con expresiones y dichos contrarios al discurso de la autoridad y 3. Manifestaciones de control sobre el tiempo y el espacio, dejando clara la relación subordinada que jugábamos los entrevistadores en esos términos, a pesar de estar en una posición de supuesto saber y por lo tanto en una posición privilegiada de poder, nuestro poder no incluía el manejo del tiempo ni del espacio. Estos tres componentes están presentes en las tres entrevistas, con distinta carga en cada una, coincidiendo la estructura de cada entrevista con su papel en el conjunto de entrevistas grupales.

En la dinámica grupal juega todo, lo dicho y lo callado, la presencia y la ausencia, de hecho, en los juegos de poder entre el grupo como tal y las distintas autoridades que han dirigido el Centro de Salud, la mayor fuerza parece haber sido la ausencia y el silencio, cuando la dinámica impuesta por la dirección del Centro no les agrada, dejan de asistir, quedan tres o cuatro en el grupo que luego son las encargadas de establecer el diálogo con la dirección para la modificación de las reglas que les hayan incomodado, de esta manera mantienen un cierto control sobre la dinámica misma del grupo.

Sin embargo, los silencios no sólo son instrumentos o mecanismos utilizados para el ejercicio del poder, en algún momento esos silencios son reflexivos, permiten a los sujetos confrontar lo dicho y lo dado por hecho con su propia experiencia, con saberes a veces inconfesables en el ambiente oficial del grupo de “*ayuda mutua*” del Centro de Salud. Esta acción reflexiva puede conducir a la generación de nuevos saberes, que a su vez proporciona nuevos métodos de resistencia y nuevas posiciones subjetivas que finalmente tienen el potencial de cambiar al sujeto y consecuentemente perturba la dinámica social en la que se desenvuelve, perturbación que potencialmente puede cambiar la dinámica social, de esta manera, al cuestionar el saber desde la propia experiencia, si éste se modifica, necesariamente cambia la dinámica de poder, coincidiendo así con la propuesta de Foucault de considerar el saber/poder como unidad. En este sentido puede pensarse como un sistema complejo, como elemento estructural dinámico de otro sistema complejo. Como una dinámica que constituye sujetos, que marca el proceso de subjetivación y es visible a través de su posición subjetiva ante un problema determinado, posición que cambia en el proceso de devenir sujeto.

Posición subjetiva ante la diabetes

Para continuar el análisis considero necesario preguntarme ¿cómo es el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes? Tomo, como punto de inicio para el análisis, el diagnóstico médico de diabetes. Asumo que el diagnóstico como tal tiene efecto en el proceso de subjetivación como un elemento perturbador de la subjetivación, considerándola un sistema dinámico complejo.

Pero ¿cómo llegué aquí? ¿Cuál ha sido la ruta para preguntarme por el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes? ¿Es importante el recorrido? Considero que importa en términos de la construcción, observación y problematización de la pregunta de investigación; en ese sentido, dar cuenta de cómo ha sido el proceso y cuál ha sido el recorrido, resulta relevante para comprender la pregunta, las formas de aproximación a ésta, sus mareas, la bajamar y la plenamar teórica que han sucedido en el proceso. En tanto la presente investigación busca abstraer un proceso de subjetivación desde el mío propio, es necesario dar cuenta de la interacción de ambos para poder analizar y teorizar sobre el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes.

Entonces ¿cuál ha sido la ruta para preguntarme por dicho proceso a partir del diagnóstico médico de diabetes? En este punto puedo dar cuenta de lo que recuerdo hasta este momento, es un trabajo de construcción de la memoria con base en los apuntes del diario de campo, apuntes sobre las lecturas realizadas y algunos otros registros de diversa índole y materialidad. La falta de material tomado al momento del diagnóstico hace de esta exploración una anamnesis, un rastreo retrospectivo en el cual se puede observar el pasado visto desde el presente, la memoria del sujeto sobre un evento sucedido hace mucho tiempo, hace muchas experiencias y leído desde aquí y ahora. No obstante esta limitación, considero que existe una estructura reconocible del proceso, si bien los detalles pueden ser irrecuperables, hay una “ulterior elaboración”⁴¹ de la huella mnémica, de la castración que significa la pérdida de la propia conceptualización de sujeto sano.

⁴¹ Sigmund Freud ([1904]2011) Psicopatología de la vida cotidiana. Alianza Editorial. México.

El trabajo de campo dirigido a comprender el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, en términos de la psicología social, comenzó con entrevistas individuales: en primer lugar a la señora Elena⁴², madre de un buen amigo, quien accedió a darme la entrevista en su casa, mientras cocinaba para una reunión a la que asistiría la mayoría de sus hijos. La plática con ella, quien ya tiene 77 años de edad y 25 de haber recibido el diagnóstico médico de diabetes constituye la primera entrevista diseñada con el propósito específico de aproximarme al proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes. Luego, don Isaí, dueño de una fonda⁴³ en la colonia Guerrero, originario de un pueblo pequeño en la sierra oriental de Puebla, a quien me acerqué sin saber que él también tiene diabetes y al cual conozco desde julio de 2006. El trabajo de campo se tornó en observación participante en la referida fonda⁴⁴, observación que realicé acudiendo sistemáticamente tres días a la semana durante 6 semanas.

Tras un periodo de reflexión y reconocimiento de los hallazgos y las limitaciones de lo hecho hasta ese momento, diseñamos un dispositivo de intervención grupal para un grupo en funciones que congregara personas con diabetes, uno de los grupos denominados de *“ayuda mutua”*. Finalmente encontré uno en el Centro de Salud de la colonia Malinche en el norte de la Ciudad de México, con la salvedad de que dicho grupo es un dispositivo para personas con enfermedades crónico degenerativas y puede asistir cualquier persona que así lo desee. Con estas características acudimos Abraham Zavala⁴⁵ y yo a realizar tres entrevistas: una cada miércoles durante tres semanas consecutivas. Buscamos observar en lo grupal el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes en su conformación/confrontación⁴⁶ con lo singular. Después de las tres entrevistas grupales vino otro momento de reflexión y análisis sobre el material trabajado, los hallazgos, las limitaciones, los encargos y la implicación, con el propósito de escribir lo que ha devenido en la Idónea Comunicación de Resultados.

⁴² Los nombres de las personas entrevistadas son ficticios, con la finalidad de mantener su anonimato.

⁴³ Anexo 3. Semitranscripción de la entrevista a don Isaí

⁴⁴ Anexo 4. La descripción de la fonda y sus alrededores.

⁴⁵ Maestro en Psicología Social de Grupos e Instituciones, egresado de la 9ª generación.

⁴⁶ Esta notación busca expresar una relación dialéctica de la conformación con la confrontación en el proceso de subjetivación

En este punto, ante la pregunta por el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, al voltear hacia lo hecho experiencia, o sea, a mi propio proceso de subjetivación a lo largo de la investigación, me surge la pregunta sobre la organización del comienzo. En primer término reconozco que las formas de responder ante el diagnóstico médico de diabetes son tan numerosas como las personas que reciben el diagnóstico, o sea, son formas singularizadas, únicas e irrepetibles, pero ¿qué hace que sea así? ¿Por qué cada quien responde de manera diferente ante el diagnóstico e incluso hay quienes parecen no responder en lo absoluto? La señora Elena⁴⁷, por ejemplo, refiere sólo haber comenzado a tomar la medicina, como si el diagnóstico no la hubiera afectado:

Al preguntarle cómo fue su comienzo con la diabetes se dio la siguiente conversación:

Elena— Ah pus, pues bien mal, empieza uno a sentirse bien mal y no sabes ni qué tienes. Yo estaba enferma de por sí de gripa.

Rey— Ajá

Elena— Pero me hizo enojar Jaime y... este, porque le reclamé que porque no me daba mi medicina, que yo no me podía parar. – ¿Esta es molida? –

Rey— Ah, sí.

Elena— Y me dijo que él ni a su mamá le había puesto atención o ayudado a su madre, cuantimás a mí. Entonces de ahí me vino el coraje, tomé la medicina y pues sí, seguí más mal y mal y mal. Tons ya jui al Centro de Salú y me dijeron que yo tenía la diabetes.

Rey— La de a devis

⁴⁷ Anexo 2. Entrevista a la Señora Elena

Elena— De ahí ya me dio la diabetes del coraje. Y entonces, dende entonces ya.

“Dende entonces ya”, dice, como algo naturalizado ¿será el tiempo que ha transcurrido entre el diagnóstico y la entrevista?

Por otro lado, para don Isaí, la reacción general es diferente, aunque igualmente naturalizada:

Don Isaí — Y... pues, yo también tengo diabetes.

Luis — ¿Usted? Mire.

Don Isaí — Uy, sí doctor, hace como quince años, pero yo ya sabía, ya había ido al doctor y me había dicho que yo, no que era diabético, no, pero que casi, que si no me cuidaba iba a terminar con diabetes y al principio sí traté de cuidarme, de hacer dieta y hasta salía a caminar, pero luego como que me confié.

Luis — Y ¿por qué fue al doctor don Isaí?

Don Isaí — Porque me sentía cansado doctor, hacía cualquier cosa y me cansaba y sí, pesaba yo más (haciendo señas de más anchura), no doctor, si usted hubiera visto, y sí baje de peso, porque me puse a dieta y salía a caminar, casi diario me comía mis cuatro panes, pero después de ver al doctor, ya nada más me comía dos.

Luis — ¿Cómo fue que le dio diabetes don Isaí?

Don Isaí — Pues me fui con mi compadre al pueblo, a bautizar a una su chiquita, mi ahijada, y pues ya allá, con la fiesta nos pusimos..., (haciendo bizcos y señales de borrachera), no pero hasta atrás doctor, de veras hasta atrás, porque fue fiesta grande, nos agarramos todo el fin de semana para hacer el bautizo y así (señalaba sobre la barra de la fonda y a una altura de 50cm más o menos) así eran las garrafas de tequila y mezcal que llevamos para

la fiesta y sí, tomé harto doctor. Y el domingo amanecí con una sed y un dolor de cabeza, ay, no aguantaba yo y me prendía así (señalando con ambas manos como si tomara un depósito grande), así me agarraba de los botellones de agua y no se me quitaba la sed y a orine y orine y a tome y tome agua y no se me quitaba, tenía la boca seca, seca.

Luis — ¿Qué hizo entonces don Isaí?

Don Isaí — No, pues ya nos regresamos para acá y yo no me recuperaba, y sí hacía dieta y todo pero parecía zombi, venía y me sentaba ahí nomás (señalando la mesa que normalmente ocupa para comer) y los miércoles eran los peores porque mi señora se va, ese día no está aquí y pues yo me tengo que aguantar todo el día y no sé cómo, pero yo aguantaba y aquí me estaba, pero sí era muy pesadísimo.

Luis — ¿Y no fue al doctor?

Don Isaí — No, eso ya fue después, porque con la diabetes perdí un montón de peso, pero como 9 ó 10 kilos en un mes.

Luis — ¡Pero eso es muchísimo!

Don Isaí — Pues sí, pero como el doctor me había dicho que necesitaba bajar de peso y yo ya estaba bajando..., pero lo malo es que no tenía fuerza de nada doctor, pero de verdad de nada, había días que no me podía levantar para venir a trabajar y eso sí ya me empezó a preocupar, porque pues hay que trabajar ¿verdad? Si no ¿cómo le hace uno?

Luis — ¿Qué pasó entonces don Isaí?

Don Isaí — Pues ya me dio una pastilla el doctor y no me hacía, yo seguía bajando y fui otra vez y ya me dio otra, el Gluco... no sé qué,

pero era una pastilla así grande, rosadita, como color mamey más o menos ¿si sabe cuál doctor?

Luis — ¿Sería la glibenclamida?

Don Isaí — No, no, empezaba con “gluco” y ya luego la sacaron del mercado y la dejaron de vender, hace poco...

Luis — Ah sí, ya sé, la Glucophage

Don Isaí — Ándele, esa, pero la M. Y con esa estaba re bien y me iba a consulta y todo pero todo iba bien, ya cuando me sentía cansado en la mañana o que no tenía ganas de hacer las cosas y ya yo sabía, pues me tomaba otra y listo, pero desde que ya no la venden pues no he encontrado una que sí me haga, porque en la farmacia me dieron una que según es lo mismo, pero cuesta \$150 y yo digo ¿cómo va a ser la misma? Si aquella costaba, me gastaba como \$500 en una caja y pues esta otra no me está haciendo efecto.”

De la misma manera, al invocar el diagnóstico en la entrevista grupal⁴⁸ encontramos esta respuesta:

Sandra — Pues, como lo que debo comer. Hace seis meses estaba yo que pre diabética, entonces desde ese momento⁴⁹, dije yo: no refresco, no azúcar. Empecé a seleccionar mis frutas y ya me tomaron el azúcar y estoy normal, entonces, yo de aquí para adelante, nada de azúcar. Entonces, esa es la manera de que yo he vuelto a vivir, pues. Cuando me dijeron de la hipertensión, decía que yo no iba a depender de una pastilla, pero a cada rato terminaba yo hospitalizada, hasta que el doctor me explicó lo que podía

⁴⁸ Anexo 5. La primera entrevista grupal

⁴⁹ Referencia a un momento de inicio, al momento del diagnóstico, aunque en este caso específicamente dice “pre diabética”

ocasionarme si yo no tomaba esa pastilla, entonces fue ya como empecé a tomarme mi pastilla en la mañana y en la noche.

Luis — Y ¿ya con eso?

Sandra — Ya con eso me controlo, procuro mucho, me gusta mucho leer, tomo cursos, entonces todo eso me mantiene entretenida. No pienso en mi enfermedad y cuando me pongo a pensar un rato me digo cómo te amo presión, porque gracias a ti he aprendido a cuidarme y a quererme.

Luis — Muy bien, muy interesante. Creo que cada quien va adaptando la forma en la que va viviendo. Ahorita que dice de la pastilla. Yo no me acordaba de que a mí al principio me pasó igual. Yo no quería pasar toda la vida tomando pastillas. ¿A alguien más le ha pasado algo así?

Yazmín⁵⁰ — Sí. A mí, por ejemplo lo que dice la señora, me está pasando a mí. Yo tengo cuatro años de que soy también hipertensa. Este, no sabía el significado y yo me sentía mal, yo decía porque, pues yo , pues siempre me he sentido bien ¿por qué? porque me gusta, cuando me siento así como cansada, desganada, agarro y en vez de sentarme, mejor agarro la bicicleta y me voy a donde a los bosques de Aragón. Pero también lo mismo que la señora pensaba, ¿por qué voy a depender de una pastilla? eso para mí no va a ser, aun así no sabía la magnitud, hasta que también me lo dijo la doctora. Al principio me sentí como ¿qué? Ay, entonces dije: Bueno pues a echarle ganas. Entonces, este, me sentía triste, sola, porque

⁵⁰ La señora Yazmín ronda los cuarenta años de vida, de complexión mediana, de estatura más bien baja para el promedio de la población, ojos vivarachos, y actitud expectante, constantemente movía las manos o los pies colgantes, se sentó en el lado opuesto a la fila donde se encontraba la coordinadora del grupo y las principales voces del grupo. Es conserje en el Centro de Salud, sólo asistió a la primera entrevista, creo importante acotar que en tanto trabajadora del lugar tiene el encargo de reproducir la voz oficial al interior del grupo, además que en la primera entrevista grupal las participaciones se restringieron en gran medida a decir lo que “debían decir” y en conocer la postura de los investigadores.

mi papá murió hace cuatro años y era como que se me había acabado todo, pero era mentira, porque yo tengo familia, tengo tres hijas, tengo esposo. Pero, sin embargo, yo sentía como que esa persona ya no estaba y como que me quería abandonar un poquito, pero gracias a que encontré aquí el apoyo con la doctora Ramos, ella fue la que me dijo mire, esto está así, así, necesita trabajar, a usted siempre le ha gustado. Así empecé, y vete a levantar y vete a tomar la pastilla pero me di cuenta también ¿por qué me voy a tomar tres? y me empecé a tomar dos pero sí me quité una y yo seguía lo mismo 150, 180, 100 y no podía pasar de ahí. La doctora me dijo: Usted no está tomando lo que yo le dije, me está engañando. Va a tomar las dos, pero las va a tomar. Y el día que no la tomo una me siento mal, siento que todo se me mueve, acalorada, ardores en los pies, son tremendos porque no los aguanta uno y sin embargo, trato de bailar, cantar, oír música, distraerme, a mí me encanta la bicicleta y me encanta cocinar”

En este punto vale preguntarme ¿cómo identifico el momento del diagnóstico de diabetes y lo que eso significó en el proceso de subjetivación? Es decir ¿Cómo identifico el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes? ¿Cómo me puedo aproximar a esto? ¿Es posible conocerlo desde el momento mismo del diagnóstico? En primer término es necesario ubicarme en tiempo y en espacio: La aproximación se llevó a cabo en un tiempo posterior en años al diagnóstico, en el caso de la señora Elena y de Don Isaí, se realizó en su entorno, respondiendo a la imagen institucional de la medicina materializada en médico. Por otro lado, en las entrevistas grupales, podemos identificar dos grupos: aquel formado por quienes no les han hecho el diagnóstico médico de diabetes y aquel conformado por quienes sí, pero no hay uno solo a quien le hubieran hecho el diagnóstico el mismo día en el que se llevó a cabo alguna de las entrevistas. Sin embargo, los sujetos identifican “*un momento*” de inicio de la diabetes y del diagnóstico como tal y dicho momento permanece vinculado al presente. Con base en esto, asumo que se trata de un trabajo de construcción de la memoria, y

que en dicha construcción es posible vislumbrar el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes.

En la segunda entrevista grupal⁵¹ asistió el señor Pedro, quien no había estado en la primera entrevista. Cuando salió el tema del diagnóstico médico de diabetes:

Pedro — Yo no sabía lo que era la diabetes, pero me llegó⁵². Yo hace unos once o doce años tenía un negocio, y me asaltaron, me dieron un balazo en un brazo y me robaron lo que quisieron. Fui a parar a un hospital, y ahí en el hospital me picaban todos los días, dos o tres días, cuatro o cinco piquetes en el mismo día, pero no me decían, es lo malo de los hospitales. Me preguntaron que si alguno de mis familiares, o mis padres habían sido diabéticos, yo les dije que ninguno, y yo de ahí saqué la conclusión de que a lo mejor tenía diabetes, porque no se me bajaba el azúcar... Pero no me decían. Yo estaba ahí como... y estaba ahí enchufado, no sé ni cómo estaba ahí⁵³, 'ora sí que estuve como quince días internado y ya cuando salí de ahí, mal, por cierto, de todo, porque yo pues moralmente salí muy malo de allí y económicamente también. Enfermo también pues, porque, incluso ahí salí con deuda del hospital, salí debiendo como 300 mil pesos, aparte de lo que habían pagado, y tuve que pagarlo ¿no? Daba como 15 mil pesos mensuales después de que salí de ahí, no sé cómo le hice, pero como en tres años pagué. Posteriormente, pues yo no venía aquí, yo no conocía a nadie en el Centro de Salud, y posteriormente me vine aquí porque me dijeron que viniera aquí, y vine y en ese tiempo estaban vacunado contra la influenza, y yo vine a que me vacunaran y ya de ahí el doctor

⁵¹ Anexo 6. Transcripción completa de la segunda entrevista grupal

⁵² Me llama la atención esta expresión del señor Pedro: “me llegó”, es poco común que el sujeto se desmarque de la forma en la que inició la enfermedad. En el resto de las entrevistas el señor Pedro es congruente con esta expresión. Al tomar esta posición subjetiva frente al origen de la diabetes, frecuentemente confronta expresiones tales como que fue por un susto o por un coraje. En el grupo de “ayuda mutua” persistentemente cuestiona el estigma de padecer diabetes como consecuencia de una vida de excesos.

⁵³ ¿Vulnerabilidad y exposición ante la institución médica? ¿Es importante aún 12 años después?

*Méndez fue quien me dijo que yo tenía diabetes, me dijo ¿usted es diabético? No, que yo sepa no. Sí, me dijo vaya a que lo vacunen y pasa a que lo cheque yo. Pasé a checar y sí tenía 180 de azúcar. Usted es diabético, y desde ahí me pusieron ese título. Y desde ahí estoy aquí.*⁵⁴

Patricia — Ya se le quedó el título (algunas risas)

Luis — ¿Usted acepta el título?

*Pedro — Pues, no muy bien, doctor. Así a medias*⁵⁵*, porque en realidad yo no me siento mal, no siento como me decían, que la boca seca, que ir al baño seguido, no, nada de eso, ni en las noches me levanto.*⁵⁶

Luis — De eso, ¿cuánto tiempo tiene?

*Pedro — Como diez años.*⁵⁷

Luis — Ya tiene su buen rato ¿No?

*Pedro — Sí, y le digo que no acepto,*⁵⁸ *porque por ejemplo aquí los doctores me dicen que me tome los medicamentos, y no me los tomo*

⁵⁴ Aparece aquí de forma heteronómica el adjetivo “diabético”, es congruente con el comentario al principio de la intervención al referirse a la diabetes como “me llegó”, hay una simbolización de la diabetes como algo ajeno a él, un ente independiente.

⁵⁵ ¿Es una forma de aceptar en lo general y modificar en lo particular, singularizando así el título?

⁵⁶ Me parece representativo de una forma de pensar, parece decir que si no tiene todos los síntomas de la enfermedad entonces no se tiene. Pero sobre todo es una forma de poner en entredicho el decir del médico o de la institución médica como tal.

⁵⁷ En este caso, el señor Pedro tiene ya 10 años de haber recibido el diagnóstico y la forma en la que se refiere a la diabetes contrasta con la señora Sandra, que tiene 25 años de “tener” hipertensión y toma una postura prácticamente diametral a la adoptada por el señor Pedro. En este caso me parece interesante analizar el efecto del tiempo transcurrido entre la entrevista y el diagnóstico, ya que la posición subjetiva ante éste parece cambiar y los sujetos toman perspectiva en la distancia temporal. Al parecer hay un tiempo crítico que es alrededor de tres años, en el cual el sujeto se extraña de ser nombrado diabético y asume en esto una forma propia, esto se hace evidente si comparamos la intervención de la señora Graciela que es quien menos tiempo tiene de haber recibido el diagnóstico.

⁵⁸ Aquí aparece una aparente contradicción: por un lado dice no aceptar el título, pero por el otro asiste a las reuniones del grupo de *ayuda mutua* ¿Realmente no acepta el título o lo personaliza? Creo que en general en el proceso autónomo hay un extrañamiento sobre la nominación heterónoma y el sujeto vive un proceso de desidentificación con la imposición hegemónica de un título con el que no se identifica, que en su posición subjetiva no corresponde con la conciencia que el sujeto tiene de sí. Sin embargo, hay

*así al pie de la letra. Yo me siento bien, no me los tomo, y yo les digo que no me los tomo, pero me siguen dando.*⁵⁹

Entran Gras y Martha

Abraham — Eso es común, la vez pasada también se habló de que si mandaban tres pastillas se tomaban dos,

Pedro — Sí, yo una

Abraham — Sí, ¿pero esa será una forma de negar que uno está con ese título?

Patricia — La verdad sí. Porque...

Pedro — Pues, yo le digo, yo no lo acepto muy bien, porque en realidad, de todas las veces que me han hecho, desde hace diez años, todas las pruebas, y de exámenes de laboratorio nunca he tenido más de 200, nunca en esos diez años.

Luis — ¿Y su manera de comer...de?

Pedro — Yo como de todo, de todo.

Luis — ¿Sigue siendo igual?

Pedro — Sí, Igual. Igual. También que soy hipertenso, ignoro que sea ser hipertenso, todas las veces que me toman aquí la presión 110/70, 120/80. 110/70. 120/80.

Luis — Y ¿toma medicina para la presión?

un trabajo interno por conciliar ambas nociones “soy diabético” pero no soy “el modelo de diabético” que la institución médica me marca, lo soy “a mi manera” de una forma particular, que me distingue del resto de “diabéticos”

⁵⁹ Esta es una forma singularizada de concebir la salud y la enfermedad. Para el señor Pedro y para mucha gente, la enfermedad es sinónimo de limitación, de malestar. Uno está enfermo cuando se siente mal, cuando uno se siente mal y no puede hacer las cosas cotidianas de la vida, entonces se está enfermo. Contrasta con el modelo médico hegemónico que concibe la enfermedad como una pérdida de la homeostasis y determina desde sus propios parámetros y de manera unilateral cómo “es” la homeostasis.

Pedro — Sí, me dan el enalapril. Lo estoy tomando en la mañana, me dicen que me tome tres y media, o sea que me tome cada ocho horas, por la tarde, por decirlo así, que me tome otra mitad. A mí se me hacen muchas y les digo que nomás me tomo una y no quien sabe qué, y luego les digo que tengo bien la presión y me dicen, no es que está muy bien controlado. Pues de todos modos estoy bien, si me tomo una estoy bien. Pero sí, en realidad yo como de todo lo que se antoja.”

Otro caso es el mío propio. Tomo mi propia experiencia como un testimonio más, en mi calidad de sujeto con diagnóstico médico de diabetes.

Luis — El día que recibí el diagnóstico médico de diabetes me lo dio quien fuera mi concuña, la esposa del médico, en casa de quien en aquel entonces era mi suegra. La prueba, hecha con un glucómetro capilar⁶⁰, reportó 217mg/dL; yo no sabía la cifra exacta para el diagnóstico de diabetes, pero sabía que eso no era normal. Salí a llorar a la calle. Le mandé un mensaje SMS a mi papá: “Cuando el destino nos alcance. Glucosa 217”. Aludía a las múltiples advertencias que me había hecho mi padre sobre mi obesidad⁶¹ y mi predisposición a la diabetes por herencia de mi abuelo paterno. A partir de ese momento disminuí drásticamente el consumo de alimentos varios, me limité a desayunar y cenar cereales con fibra y leche light y a comer consomé de pollo con verduras, suspendí el consumo de refrescos y comencé a tomar jugos de frutas, en la mañana tomaba un jugo “para diabético” que vendían en contra esquina a donde trabajaba⁶². Comencé a buscar información sobre

⁶⁰ Es un aparato médico portátil que se utiliza para la vigilancia de la glucosa en domicilio.

⁶¹ En ese entonces pesaba 120Kg

⁶² ¿Podemos hablar de sincretismo médico? o en todo caso de construcción singular de la salud a partir de una posición subjetiva frente a esta, en la que se concilian posturas aparentemente incompatibles, manifestadas a través de las relaciones del sujeto con distintas instituciones que tienen que ver con la salud: la institución médica como tal y la institución del cuidado alternativo de la salud, ambos comprendidos como sistemas de conocimiento con sendos representantes ubicados en el lugar del supuesto saber. (Sincretismo: sistema filosófico que trata de conciliar doctrinas diferentes, RAE 2015)

la diabetes y puse en tela de juicio el tratamiento farmacológico que me habían indicado, lo discutí con mi médico de cabecera que a la sazón era mi cuñado y con su venia decidí cambiar el tratamiento.

Pero ¿Cuál es la importancia de estas historias en relación al proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes? Para dar respuesta a esta pregunta, creo necesario establecer una postura frente a lo que entiendo por subjetivación, para ello tomo la hecha por Foucault en su última entrevista, la realizada el 29 de mayo de 1984:

“— En la introducción a El uso de los placeres, expone usted el problema fundamental de su historia de la sexualidad: ¿cómo se constituyen los individuos como sujetos de deseo y de placer? Esta cuestión del sujeto es, dice usted, la que ha desviado su trabajo en una nueva dirección. Ahora bien, sus libros precedentes parecían arruinar la soberanía del sujeto: ¿no hay aquí un retorno a una cuestión con la que no se acabaría nunca y que sería para usted el crisol de una labor infinita?

*— Ciertamente se trata de una labor infinita. Eso es exactamente a lo que me he enfrentado y lo que he querido hacer, ya que mi problema no era definir el momento a partir del cual algo así como el sujeto aparecería, sino más bien **el conjunto de procesos mediante los cuales el sujeto existe con sus diferentes problemas y obstáculos y a través de formas que están lejos de estar determinadas.** Se trataba, pues, de reintroducir el problema del sujeto que había dejado más o menos de lado en mis primeros estudios y de intentar seguir en ello los progresos o las dificultades a través de toda su historia. Hay quizás un cierto ardid en la manera de decir las cosas, pero de hecho lo que realmente he querido hacer es mostrar cómo el problema del sujeto no ha dejado de existir a lo largo de esta cuestión de la sexualidad que, en su diversidad, no cesa de encontrarlo y de multiplicarlo.*

— ¿Dicho sujeto es para usted condición de posibilidad de una experiencia?

— En absoluto. La experiencia es la racionalización de un proceso, asimismo provisional, que desemboca en un sujeto, o más bien en sujetos. **Llamaré subjetivación al proceso por el que se obtiene la constitución de un sujeto, más exactamente de una subjetividad, que evidentemente no es sino una de las posibilidades dadas de organización de una conciencia de sí.**

— Al leer sus textos se tiene la impresión de que en los griegos no había teoría del sujeto. Pero, ¿tal vez dieron una definición que se habría perdido con el cristianismo?”

— No creo que sea preciso reconstituir una experiencia del sujeto donde no ha encontrado formulación. Estoy mucho más cerca de las cosas que esto. Y dado que ningún pensador griego ha encontrado nunca una definición del sujeto, ni la ha buscado jamás diré simplemente que no hay sujeto. Lo que no quiere decir que los griegos no se hayan esforzado por definir las condiciones en las que se daría una experiencia que no es la del sujeto, sino la del individuo, en la medida en que éste busca constituirse como dueño de sí. En la Antigüedad clásica faltaba haber problematizado la constitución de sí mismo como sujeto; inversamente, a partir del cristianismo hubo confiscación de la moral por la teoría del sujeto.”⁶³

Desde este punto de vista, considerando la subjetivación como el proceso o los procesos por los que se constituye una subjetividad, asumo que dicho proceso tiene procedencia, trayectoria y lugar, es decir: es transitoria y tiene historia. Lo que es más: concebir el proceso de subjetivación o la subjetividad como “una de las posibilidades dadas de organización de una conciencia de sí” me pone en el camino de distinguir lo posible de lo imposible y por lo tanto, abre la puerta para hacer una aproximación hacia

⁶³ Foucault (1999), *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, volumen III* págs. 391-392

la conformación de lo posible, en este caso, de la posible organización de una conciencia de sí.

Leo los ejemplos de las entrevistas transcritas líneas arriba como manifestaciones de la variabilidad con la que puede adoptarse el diagnóstico médico de diabetes, de una gama de posibilidades de conciencia de sí más allá de la conducta resultante ante el diagnóstico. En este punto podría aproximarme a la perturbación generada por el diagnóstico médico de diabetes en los sujetos pretendiendo leer el efecto de dicha perturbación en el cambio de conducta, lo cual sería congruente con una postura clínica, en donde podría tomar la interpretación desde el modelo de etapas del duelo de Kübler-Ross (que es el modelo predominante en la formación médica actual y que discuto en el siguiente capítulo), o tomar la teoría del modelo transteórico del cambio⁶⁴ propuesto por Prochaska y DiClemente a principios de los años ochenta del siglo pasado. Tomar esa ruta me conduciría a la aplicación de algún modelo similar a la “Entrevista Motivacional” o a algún modelo de “coaching” similar enfocado en la modificación de la conducta para lograr una “adecuada adherencia terapéutica”. Sin embargo, el objetivo del presente trabajo se encuentra en un punto muy distinto, ya que busco comprender la subjetivación como proceso, lo que es más, como un proceso visto desde la psicología social.

En este punto es importante identificar mi unidad de análisis, y posicionarme en cuanto a la construcción de la misma, sin que por esto considere que sistemas tales como lo grupal o el sujeto se constituyen por la suma de las partes, ya que en mi análisis las interacciones entre las unidades definidas constituyen interacciones no necesariamente triviales⁶⁵ y son trascendentales para el abordaje de la pregunta, pero considero importante construir metodológicamente desde elementos distinguibles para poder trabajar con éstos. Así, para la definición de unidades, tomo la propuesta por Maturana⁶⁶, que interpreto como un acto arbitrario de diferenciación, congruente con mi

⁶⁴ Los conceptos de “Etapas del duelo”, “Modelo transteórico del cambio”, “Entrevista motivacional” y “adherencia terapéutica” se discuten en el apartado “El papel de la medicina en el proceso”.

⁶⁵ Santiago Ramírez (1999). Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. En Perspectivas en las teorías de sistemas. Siglo XXI Editores en coedición con el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. 1999

⁶⁶ Humberto Maturana Romesin (1997) La realidad : ¿objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento, págs. 109-110

experiencia y posición subjetiva frente a la categoría dentro de la cual pretendo construir la unidad, de tal manera que resulta discernible de un entorno y que, desde mi perspectiva, en tanto unidad, está caracterizada por sus propiedades de organización y función.

Así tomo como unidad de análisis la identificada como “individuo”⁶⁷, que se constituye como distinto del medio circundante por medio de su propia dinámica en la que simultáneamente se realiza y especifica a sí mismo y que solo existe mientras conserva la organización que define su identidad. Por otro lado, dicha unidad es la construcción artificial de un algo, una construcción de “individuo” que surge de las coherencias operacionales de mi propia experiencia como observador y que decido tomar en esta Idónea Comunicación de Resultados. De esta manera, hago un acto de distinción entre un individuo y otro a sabiendas de que dicha distinción es un ejercicio intelectual y no una división natural, del mismo modo también puedo tomar lo social como unidad, o bien lo vivo, lo terráqueo, lo galáctico, lo universal o la unidad de multiversos que pueden conformar la unidad total.

Para los fines de este trabajo, el individuo ocupa un lugar y un tiempo en el espacio, mismos que ha tomado en la deriva⁶⁸ del universo, por esto, intentar determinar su “verdadero origen” nos llevaría en una historia sin fin hasta el origen mismo del universo, análisis que queda totalmente fuera de mi capacidad. Sin embargo, presentar la construcción del individuo como elemento conceptual espacio/temporal me permite colocarlo en un entorno histórico/social con características únicas en términos de sus

⁶⁷ Para los fines de este texto me refiero a la unidad biológica como “individuo” haciendo referencia en este punto específicamente al *homo sapiens sapiens*, que en todos los casos a los que hago alusión en el texto se trata de seres humanos. Aunque el término “individuo” tiene su origen etimológico en la imposibilidad de dividirlo, no tomo esto al pie de la letra, pues es imposible dividir al *homo sapiens sapiens* de su medio, ni siquiera tiene una dinámica biológica autopoietica molecular en su conjunto, se trata más bien de un sistema complejo de unidades autopoieticas moleculares en una dinámica compleja entre ellas y con el medio lo que da origen a lo que en términos coloquiales y experienciales denominamos individuos humanos. El soporte teórico que discute el término individuo excede los propósitos del presente trabajo.

⁶⁸ *Entiendo como deriva*: El proceso o devenir en el que un sistema sigue, como resultado de su dinámica de interacciones, el curso de cambio estructural o de posición que resulta cuando en esas interacciones conserva su organización y adaptación (o relación de congruencia operacional con el medio) (Maturana Romesín & Podozis Marín, Origen de las especies por medio de la deriva natural o la diversificación de los linajes a través de la conservación y cambio de los fenotipos ontogénicos, 1992, pág. 13).

relaciones, de tal manera que él manifiesta de forma singular las relaciones de los conceptos y trayectorias históricas que han hecho posible su existencia en ese punto espacio/temporal, es decir, susceptible de elaborar una genealogía de su proceso.

El diagnóstico médico de diabetes es dado a individuos determinados en momentos determinados y de una manera determinada. Es decir: no existe un diagnóstico médico de diabetes abstracto, éste es dado por un individuo que tiene una posición subjetiva frente a la diabetes como enfermedad, frente al diabético como sujeto y frente a las conductas a las que obliga la condición de diabético, que interactúa con otro individuo que, a su vez, tiene sendas posiciones subjetivas frente a los mismos conceptos que recaen sobre él en el momento en el que recibe el diagnóstico. Todo esto sucede en un entorno material espacio/temporal.

La posición subjetiva de los individuos está condicionada por el proceso de subjetivación, en un momento dado en un lugar determinado, con todo lo que esto implique. De esta manera, concibo el proceso de subjetivación como un proceso inherente al sujeto, un proceso que se da en individuos concretos, determinados por la deriva vital de dicho sujeto. Asumo al sujeto como ser, y en tanto ser, tiene una historia, una ontogenia, es decir, una historia de cambio sin perder su propio ser, sin que pierda su organización, un continuo cambio estructural que puede suceder por un disparador proveniente de sus interacciones con el medio donde se encuentra o como resultado de su dinámica interna, de tal manera que el proceso de subjetivación no cesa hasta su desintegración. Cuando se detiene el proceso de subjetivación, el sujeto deja de existir.

Bajo esta perspectiva, la interacción entre sujetos, entre procesos de subjetivación, constituirán perturbaciones recíprocas en su interactuar. Estas interacciones sólo disparan cambios en los procesos de subjetivación, pero no los determina ni los instituye. El resultado de las interacciones será una historia de mutuos cambios concordantes, es decir, hay afectos en la subjetivación de quien da el diagnóstico y de quien lo recibe, aún más allá, las condiciones particulares en las que se presenta dicho interactuar son

elementos a considerar en las perturbaciones totales que se dan en cada uno de los sujetos, según los dispositivos⁶⁹ en los que se lleve a cabo tal interacción.

Asumo, pues, que el proceso de subjetivación puede entenderse como un sistema dinámico complejo con capacidad de producirse y mantenerse a sí mismo, que puede interactuar o no con otros procesos similares a él y con otros elementos del medio externo. Es importante recalcar en este punto que los cambios en el proceso de subjetivación se pueden dar por cambios disparados a partir del interactuar de la subjetividad con algo externo a ella misma, o por procesos de su propio devenir sujeto.

Bajo esta perspectiva resulta determinante la posición subjetiva ante el diagnóstico médico de diabetes, ya que los cambios que pueden desencadenarse a partir del diagnóstico suceden únicamente en el proceso de subjetivación y dependen de la posición subjetiva del sujeto ante la interacción con el medio, lo cual incluye la forma en la que recibe el diagnóstico y el conjunto de elementos que interactúan con la subjetivación, los dispositivos y la propia problematización de la diabetes como concepto y caracterización de la enfermedad como tal por un lado y como adjetivo calificativo sobre sí mismo, es decir, en su ser diabético, recibiendo sobre sí la conceptualización y caracterización que el sujeto ha hecho del adjetivo calificativo “diabético”, ahora aplicado a sí mismo como un proceso heterónomo. Lo que es más, en no pocos casos la diabetes adquiere cualidades de verbo reflexivo y el sujeto se “diabetiza”.

Por otro lado, es frecuente que el individuo reciba el diagnóstico médico de diabetes a partir de su asistencia a consulta por algún malestar o una serie de malestares, lo cual participa en la configuración de la posición subjetiva, pues entre las muchas cosas que interactúan con el proceso de subjetivación el estado físico también lo hace.

Después del periplo que ha significado el tránsito por la MPSGI, lo cual incluye el trabajo de campo y la aproximación a procesos de subjetivación ajenos al mío propio, mi

⁶⁹ Para el uso del término dispositivo tomo el presentado por Michel Foucault al responder la pregunta planteada por Alain Grosrichard: “¿Cuál es para ti el sentido y la función metodológica de este término: *dispositivo*?” (Foucault, *Saber y Verdad*, 1992, págs. 128-129), con la salvedad de que la cualidad de estratégico que él le impone se contradice con la noción de deriva con la cual trabajo, motivo por el cual excluyo este carácter en mi construcción conceptual de “dispositivo”. Esto no se contrapone a lo dicho por Foucault, ya que él mismo identifica y expone situaciones en las que los dispositivos no son estratégicos.

forma de ver el problema de la diabetes como el complejo que emerge de la relación entre los procesos biológicos con los que se ha caracterizado desde la medicina, los procesos de identificación/desidentificación del ser diabético y las acciones que se supone éste debe seguir (a lo cual denomino con el verbo “diabetizar”), ahora asumo una posición subjetiva dinámica y por lo tanto cambiante en muchos aspectos. Pero ¿sucede lo mismo con las demás personas que han recibido el diagnóstico médico de diabetes? Con base en las observaciones de campo me atrevo a decir que sí, que el proceso de subjetivación es precisamente eso: un proceso, un sistema dinámico en cambio continuo y a partir de estas observaciones y de poner bajo la lupa mi propio proceso de subjetivación, llego a la conclusión de que el diagnóstico médico de diabetes coloca al sujeto en primer término ante un conflicto a resolver.

Por un lado, el sujeto tiene un concepto previo sobre la diabetes como enfermedad que tiene repercusiones en el organismo, igualmente sobre las características propias del diabético (lo que caracteriza a un individuo y lo convierte en diabético como una consecuencia de sus propios actos y decisiones) y otra sobre las cosas que un diabético debe o no debe hacer. El sujeto construye dicha conceptualización a partir del campo social en el que se encuentra, digamos a través de la historia de su propia subjetivación, desde su configuración en el núcleo social y a través de la deriva que ha sucedido a lo largo de su vida subjetiva. Esta configuración es sumamente diversa, única para cada individuo tanto como su propia vida, por este motivo me centraré únicamente en aquellos aspectos que considero indispensables para considerar la deriva de la posición subjetiva frente a la diabetes como problema, es decir, en tanto tenga o no problematizado el conjunto de problemas que constituye lo que en adelante denomino diabetes/diabético/diabetizar.

Al hacer el análisis de las entrevistas en busca de una posición identificable ante la diabetes como enfermedad se atraviesan de forma recurrente e indistinguible la posición que guarda el sujeto ante el ser diabético y ante las prácticas que esto supone, de tal manera, que resultó imposible construir una unidad categórica tal como la diabetes en tanto enfermedad que fuera congruente con mi posición epistemológica ante las unidades. En el esfuerzo por definir cuándo hablaban de la diabetes-enfermedad y

cuando no, con el propósito de distinguirla de otras conceptualizaciones, surgió la necesidad de replantear la categoría, ya que fue imposible distinguir la posición subjetiva ante la diabetes como una entidad nosológica, que afecta al sujeto/cuerpo, de la posición ante el diabético o de las prácticas del cuidado de sí propias de alguien que tiene diabetes, constituyendo así un hallazgo del trabajo de campo.

Entonces ¿A qué se refiere la posición subjetiva cuando hablamos de diabetes? Por un lado, efectivamente hay una posición frente a un algo considerado enfermedad, que se relaciona directamente con las potencialidades del cuerpo, con lo que el sujeto/cuerpo puede hacer y un imaginario de distinción entre el cuerpo con o sin diabetes, pero esa construcción de afectación sobre el cuerpo resultó estrechamente ligada a la posición subjetiva ante el diabético, caracterizado por lo que es ser diabético, o sea, cuáles son las características que distinguen a un sujeto diabético de uno que no lo es, no sólo como si la diabetes fuera reservada a ciertos sujetos con características particulares, sino que la diabetes-enfermedad condicionara la calidad del sujeto de tal manera que el mismo sujeto por ser como es merece ser diabético y por ser diabético es como es.

Más allá de esto, en el mismo concepto de la diabetes como enfermedad y del diabético como un sujeto distinto a los demás caracterizado por tener diabetes, también resulta inseparable la construcción de una supuesta práctica, de un sobreentendido cuidado de sí, de lo que se hace y lo que se deja de hacer en el supuesto de que dichas prácticas son propias de la diabetes y de los diabéticos, de tal manera que (en esta construcción conceptual) los diabéticos están determinados por la enfermedad y hacen lo que hacen porque tienen diabetes y porque son diabéticos. De esta manera encuentro una constante en el trabajo de campo realizado: al intentar hablar de la diabetes aparece la noción de diabético y las prácticas que lo conforman, aunque cada sujeto estructura esta relación de manera singular. De esto se desprende que hablar de diabetes también es hacerlo del sujeto con diabetes e implica invocar las prácticas del cuidado de sí que los sujetos asocian al diabético. A esta construcción la denomino diabetes/diabético/diabetizar y asumo que constituyen un solo concepto, de tal manera que al nombrar cualquiera de sus componentes aparentes lo hacemos necesariamente de las tres cosas: el aspecto biofísico, el psicológico y el social.

¿Todos los individuos tienen una construcción previa del concepto diabetes antes de recibir el diagnóstico? Por lo menos aquellos que en algún momento de su vida han tenido contacto con la medicina, sí. Es probable que diabetes/diabético/diabetizar como tal no esté trabajado, pero al tener contacto con las formas médicas de problematizar el concepto se conforma por los horizontes de los conceptos que interactúan con el de diabetes. La diabetes se constituye unidad nosológica, por lo cual se construye en relación a otras unidades nosológicas y de éstas se derivan las características básicas que la ubican en la categoría de enfermedad. Por lo tanto, el concepto de “enfermedad” es fundamental en la construcción del concepto “diabetes” y lo convierte automáticamente en un problema, un problema de control social de los cuerpos individuales, es decir, en un problema biopolítico. No es un problema del cuerpo de quien la padece, es un problema poblacional que debe ser tratado a nivel individual⁷⁰.

Sin embargo, la mayoría de las personas no han construido su concepto de diabetes únicamente a partir de la construcción biopolítica de la medicina, en esta construcción está imbricada la conceptualización desde las formas alternativas de cuidar la salud y la propia experiencia del individuo alrededor de la salud, con todas las variantes posibles para tal construcción.

Entonces ¿dónde radica la diferencia en el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes? Querer responder en su totalidad esta pregunta trasciende las posibilidades de cualquier investigador, sin embargo, creo poder aportar algunas observaciones hechas en el trabajo de campo y que el lector o la lectora podrán encontrar fácilmente en la transcripción de las entrevistas y que a estas alturas es muy probable que ya vislumbre.

En la construcción abstracta del “diabético”, cuando ésta no nos atañe directamente, se asume en el conjunto de otros conceptos que comparten la categoría. En general se asume que el ser diabético es algo reservado a cierto tipo de sujetos, con conductas particulares que tarde o temprano llevarán al individuo a desarrollar diabetes. La construcción particular que cada sujeto hace sobre quiénes sí y quiénes no son

⁷⁰ Este concepto lo desarrollo al abordar el papel de la medicina en el proceso.

diabéticos es variopinta, realizada desde su experiencia, generalmente expuesta a dispositivos panópticos⁷¹ tales como los “Centros de Salud”, escuelas, centros de trabajo, policía e incluso al Estado operando a través de otros individuos que vigilan el correcto ejercicio de la política en los espacios colectivos, pero también lo están a dispositivos sinópticos⁷² desde donde se normaliza, se instruye, se modelan sujetos de forma masiva, donde se difunde la idea de que existen factores de riesgo modificables para el desarrollo de diabetes tipo 2, tales como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, mientras que poco, casi nada, se difunden las determinaciones sociales que favorecen el desarrollo de diabetes y sus comorbilidades, tales como la pobreza y la distribución territorial de las formas más complicadas de diabetes tipo 2.

Volviendo al punto de la construcción del concepto diabético previo al diagnóstico, la forma no personalizada en la que se adopta constituye una fuente de conflicto al momento de recibir el diagnóstico médico de diabetes. Es decir, cuando el individuo recibe el diagnóstico médico de diabetes, la perturbación de dicho diagnóstico está dirigida a marcar al sujeto como “diabético”, el cual se define como padeciente de un problema de salud incurable, al cual ha llegado por su propia conducta y que (piensa), lo define como sujeto en el pasado y en el futuro. Este concepto, previamente existente en la conceptualización discursiva del sujeto es compatible con un conjunto de conceptos compatibles con “otros”, también abstractos, pero no consigo mismo. Ahí se concreta el diagnóstico, es en el individuo mismo donde se concreta el concepto diabetes como una trinidad cuerpo-mente-conducta⁷³; sin embargo, para que esto se haga efectivo es necesario un proceso de eliminación de las contradicciones existentes entre la

⁷¹ Cuyo mayor efecto sea inducir en el individuo un estado consciente y permanente de visibilidad (Foucault, El panoptismo, 2002)

⁷² Concepto propuesto por Mathiesen, compuesto por las palabras griegas “*sin*” que significa junto o al mismo tiempo, y “*opticon*”, que da referencia a lo visual, y que puede ser utilizado para representar la situación en la que un gran número de personas se enfocan en algo en común que se ha condensado. En otras palabras, se coloca en el lado opuesto de la situación donde unos pocos miran a muchos (Mathiesen, 1997, pág. 219).

⁷³ Tomándola como tres manifestaciones de una sola realidad ya que, para la diabetes, se contemplan al menos tres “manifestaciones” o conceptualizaciones generales: por un lado, la afección orgánica, el daño sobre el cuerpo y sus potencialidades; por otro, el pensamiento, la noción de que el “diabético” piensa de una forma especial, lo cual refuerza y mantiene la condición de diabético y, finalmente, una manifestación conductual previa y posterior al diagnóstico, la previa resulta explicable de forma retrospectiva y justifica el diagnóstico, la posterior es continuidad de la primera y a la vez, consecuencia de la enfermedad.

conceptualización de “diabético” y la concepción que el sujeto tiene de sí mismo. Es importante aclarar que este proceso puede ser consciente e inconsciente y en algunos casos parece ser un conflicto resuelto solamente en el inconsciente.

Llama la atención en la lectura de las entrevistas, la forma en la que el diagnóstico de la diabetes en el individuo está estrechamente vinculada a la diabetes en algún otro. Este aspecto pone en evidencia el interjuego entre el discurso repetido en los dispositivos sinópticos y la propia experiencia del individuo.

Es común encontrar quienes identifican la diabetes como un resultado de su propia conducta, aunque no he conocido a quien lo viva como un castigo propiamente dicho, es común encontrar que al momento del diagnóstico, o poco tiempo después, el individuo busca una explicación a ser diabético. Las explicaciones pueden encuadrarse en distintos modelos: congruentes con el discurso médico hegemónico, como un resultado causa-efecto de los excesos alimentarios o el sedentarismo; el saber común como consecuencia de un evento dramático como un susto o un coraje; o la pérdida de un equilibrio intrínseco al individuo. Sin embargo, también conozco quienes encuentran la diabetes como un vínculo con fuerzas superiores, bien como resultado de una desobediencia directa a las leyes de Dios, o como algún tipo de afrenta a los antepasados, en este grupo, la diabetes juega un papel pedagógico, tener diabetes es una forma de aprender algo, tiene un propósito que no siempre es evidente. Ante este panorama, parece haber una tendencia a explicar el diagnóstico concretado en sí mismo como el efecto de una causa e incluso puede ser visto como la causa para un efecto.

¿Cómo comprendo tal variedad de respuestas o de asunciones ante el diagnóstico médico de diabetes? La respuesta parece estar condicionada por la construcción conceptual que el individuo ha hecho de la diabetes/diabético, en la mayoría de los casos atravesado por el concepto general de salud/enfermedad. Aunque pudieran entenderse los ejemplos del párrafo anterior como formas definidas de respuesta, éstos son modelos abstractos, unidades construidas en congruencia con mi experiencia como investigador.

En las observaciones a lo largo del trabajo podemos vislumbrar que, antes de recibir el diagnóstico, los sujetos presentan un extenso barrido de matices que combinan la

posición del modelo médico hegemónico, del saber común y de la cosmovisión en relación al concepto diabético/diabetes/diabetizar. Esto me hace pensar que el proceso de subjetivación a partir de que es nominado diabético por la institución médica, está marcado por la construcción que el sujeto genera en el interjuego de los conceptos del modelo médico hegemónico, modelos alternativos subordinados y modelo de autoatención⁷⁴, que estos interjuegos se han conformado a partir de la experiencia y el interactuar del sujeto con dichos modelos de atención y que en el caso particular de la diabetes, si bien puede estar atravesado por la experiencia en relación con aquellos individuos que tienen o tuvieron diabetes, la posición subjetiva previa al diagnóstico se ha conformado a través de un proceso irreflexivo. Es decir: la problematización sobre el concepto diabetes/diabético/diabetizar es una problematización política, del colectivo, en lo abstracto; no aplica para quien lo problematiza porque no lo toca, se convierte en un saber irreflexivo, un saber singularizado, sí, pero que no recae sobre sí mismo pues el adjetivo “diabético” no lo toca, pero esto cambia cuando el sujeto es adjetivado desde una posición de poder/saber vinculado a la institución médica.

Entiendo por saber singularizado la expresión singular, única e irrepetible que construye el sujeto en el interactuar de su propio proceso de subjetivación en relación a los saberes con los que entra en contacto a lo largo de la vida. No sólo en términos de epistemología⁷⁵, de prácticas discursivas de los saberes y de la forma en la que éstos se entrelazan, porque estrictamente hablando existen contradicciones profundas entre los

⁷⁴ Menéndez (1983) Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México

⁷⁵ Utilizo el término “Epistemología” con base en lo expuesto por Foucault al hablar de los diferentes tipos de historia de las ciencias: “*Tercer tipo de análisis histórico: el que toma como punto de ataque el umbral de epistemologización, el punto de estratificación entre las formaciones discursivas definidas por su positividad y unas figuras epistemológicas que no todas son forzosamente ciencias*”... “*Por episteme se entiende, de hecho, el conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias, eventualmente a unos sistemas formalizados; el modo según el cual en cada una de esas formaciones discursivas se sitúan y se operan los pasos a la epistemologización, a la cientificidad, a la formalización; la repartición de esos umbrales, que pueden entrar en coincidencia, estar subordinados los unos a los otros, o estar desfasados en el tiempo; las relaciones laterales que pueden existir entre unas figuras epistemológicas o unas ciencias en la medida en que dependen en prácticas discursivas contiguas pero distintas. La episteme no es una forma de conocimiento o un tipo de racionalidad que, atravesando las ciencias más diversas, manifestara la unidad soberana de un sujeto de un espíritu o de una época; es el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias cuando se las analiza al nivel de las regularidades discursivas*” (Foucault, Ciencia y Saber, 1979).

tres modelos que propongo ¿cómo conciliarlos? A través de la experiencia, de las formas de problematizar, formas de construcción social, histórica, que al llegar al sujeto toman forma singular y se expresan singularmente.

Las formas de construcción social a las que me refiero, también se construyen en interacción con los dispositivos, con los dispositivos que expresan y fortalecen cada uno de los modelos: el médico hegemónico, abanderado por los Institutos Nacionales de Salud y reforzado continuamente en los dispositivos sinópticos, los dispositivos de modelos alternativos subordinados, inserto en la cuasi omnipresencia de la Santa Madre Iglesia o en los núcleos comerciales populares, abanderado por el Mercado de Sonora⁷⁶ en la Ciudad de México, pero presente en cualquier lugar donde haya saberes sistematizados.

La acción está encaminada a la resolución de un problema, cada sujeto construye su propio problema y busca la forma de darle solución según su construcción. Ya sea porque haya un individuo validado por el Estado como curador certificado, representante y reproductor del modelo médico hegemónico, quien interceda con los entes divinos por la curación del enfermo, quien practique la herbolaria, la hechicería, la homeopatía o la acupuntura, por nombrar las formas más socorridas que suelen considerarse válidas para una atención conducente a la curación bajo formas sistematizadas, con expertos en la materia, entes colocados en posiciones de supuesto saber, a pesar de la asimetría y diversidad conceptual y epistemológica entre estas formas.

Por otro lado, en un primer momento se manifiestan las prácticas del cuidado de sí, lo que el sujeto hace en pro de su salud sin consultar a nadie, lo que en sí constituye modelos de autoatención, mismos que son tomados en la trayectoria histórica de la atención a la salud del individuo en el marco de la condición social del sujeto. Este modelo, el modelo de autoatención, constituye la primera acción, en éste se conjugan los saberes del sujeto y se manifiestan en conjunto de una forma singularizada, histórica,

⁷⁶ Caracterizado por la preparación, aplicación y venta de hierbas medicinales, además de artículos y rituales de magia y ocultismo. También conocido como “Mercado de los brujos” y “Mercado de los animales”. Localizado al sureste del Centro Histórico de la Ciudad de México.

dinámica e irrepetible. Las formas de autoatención, del cuidado de sí, ponen en evidencia la relación entre las distintas formas de construir problemas y de darles solución.

Para poder llegar aquí a través de encuentros y entrevistas con personas que ya tienen el diagnóstico médico de diabetes, hube de elaborar una reconstrucción de la memoria, esto le da a la construcción teórica la limitación de aquello que puede ser invocado a la memoria desde lo consciente, que implica un proceso de construcción y requiere una lectura suspicaz para adivinar y leer entre líneas otras posturas que difícilmente sería adecuado externar ante un representante de la medicina, pues en todos los casos mis interlocutores supieron de mi formación médica y por otro lado mi escucha, marcada permanentemente por mi construcción de sujeto médico-maestrante de psicología social de grupos e instituciones, vinculado firmemente a las instituciones gubernamentales y portador/defensor de los intereses del Estado.

A pesar de las limitaciones y gracias a éstas, a partir del análisis expuesto hasta este punto, y con base en el trabajo de campo realizado para el presente trabajo, encuentro tres formas básicas de saber inmersas en el proceso de subjetivación y convocadas ante el diagnóstico médico de diabetes: El saber objetivo, científico positivista en donde uno de sus principales valores está en la actualidad de sus conceptos resultado del progreso; el saber alternativo, casi siempre ancestral, que entre sus valores positivos tiene el ser considerado tradicional, inofensivo y contramedicalizador; finalmente el saber experiencial, de sentido o de saber común, un conocimiento que está al alcance de la memoria y de la historia, no es propiedad exclusiva de los iluminados, sino del dominio público, al menos del público al que pertenece el sujeto. Según la conformación que estos tres tipos de saber adquieran en el sujeto, éste se enfrentará al hecho de ser marcado como poseedor o padeciente de ese concepto abstracto llamado “diabetes”⁷⁷ y podrá asumirse “diabético” en su conjunto de forma heterónoma o extrañarse de dicha categoría de forma autónoma, en la cual el sujeto se auto-nomina.⁷⁸

⁷⁷ Recordemos que me refiero a la unidad diabetes/diabético/diabetizar.

⁷⁸ Nótese aquí la agradable coincidencia de dos palabras de origen indoeuropeo que confluyen históricamente al castellano desde distintos flancos, dando un tinte interesante a la oración: por un lado “nomía”, presente en hetero-nomía y auto-nomía, voz de origen helénico (*νόμος*, *nomos*: regla, norma) y, por otro, la voz “nominar” de auto-nomina, esta vez de origen latino, *nomen* o *nominis*, que nombra. Aquí

El proceso de subjetivación constituye la expresión de un emergente social que se manifiesta en el sujeto y que está determinada por la situación particular de la condición social y las posibilidades específicas del sujeto. De la misma forma, la condición particular que asume el organismo en su relación con el medio es la expresión del medio concretada en el individuo, expresada en función de sus propias posibilidades. La expresión de lo social se hace manifiesta en todos los niveles del individuo: en su estructura y función orgánica, en su estructura y función psíquica y en la interrelación que éste establece con el medio y con quienes le rodean. Bajo esta perspectiva, las formas de salud/enfermedad son determinaciones sociales, lo cual produce cuerpos que enferman de formas particulares en situaciones similares y permite la construcción de abstracciones comunes en las sociedades en las que se expresa de la misma forma, generando un bucle en el cual el conjunto social vive y enferma de maneras similares determinadas por el entorno material y la construcción imaginaria y simbólica del entorno social se conforma a partir de lo individual para construir a su vez los sujetos que han de enfermar.

De este modo, el análisis de la posición subjetiva que tiene el sujeto al momento de recibir el diagnóstico médico de diabetes tiene que contemplar la construcción de saberes y su interjuego en el sujeto mismo. Asumo que dichos saberes son producciones sociales, que dado que el individuo no ha sido marcado como portador de diabetes, su saber experiencial es nulo, todo su saber es un saber social, marcado por las relaciones sociales y asumo que el poder es la fuerza relacional dinámica que permite y perpetúa la estructura social, entenderlo de este modo lo hace susceptible de ser estudiado como sistema complejo, y al mismo tiempo le da las cualidades necesarias para participar en la conformación de otros sistemas complejos, en este caso, el proceso de subjetivación.

se nombra a sí mismo, pero también se pone sus propias reglas. En este caso confluye nombrarse y normarse.

El papel de la medicina en el proceso

De la dinámica establecida entre el saber objetivo, el alternativo y el experiencial se construye el saber del sujeto, pero ese saber cambiante, incierto, sujeto a la verificación empírica día con día y a los vaivenes propios de la subjetividad, está conformado a partir de saberes sociales, de formas colectivas de comprender y de asumir el mundo, de prácticas discursivas, con la formación de unidades conceptuales marcadas en una lengua que el sujeto hace propia pero no es sólo suya. Con esto quiero decir que todo saber es social, todo saber es político, acude a lo común, se finca en las construcciones comunes, permanece y se transforma con la deriva social.

El saber no está hecho para comprender, está hecho para tronchar⁷⁹, apunta Foucault. Yo digo que el saber está hecho⁸⁰ para comprender en el sentido etimológico más estricto⁸¹: atrapar en compañía, atrapar en unión con, porque el saber atrapa categorías, conceptos y lo hace de forma social. Por otro lado, coincido en que se ha hecho para tronchar, para partir violentamente por el tronco y sin cuidado la percepción de la realidad como conjunto, creando unidades congruentes con la experiencia de quienes observan, entre quienes se realiza el acto de comprender.

De esta manera, el saber en tanto emergente de lo social comparte la dinámica de relaciones que se establecen en lo social y que las relaciones en lo social se configuran desde el saber, de tal manera que la producción de saber nace y crea relaciones de poder, a la vez que la configuración del poder produce saber, en palabras de Foucault:

“Hay que admitir más bien que el poder produce saber (y no simplemente favoreciéndolo porque lo sirva o aplicándolo porque sea útil); que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber,

⁷⁹ “C’est que le savoir n’est pas fait pour comprendre, il est fait pour trancher.” (Foucault, Nietzsche, la généalogie, l’histoire, 1971, pág. 160) Nota: Se trata de una traducción libre, en la que aprovecho el falso cognado *trancher*-tronchar, aunque coinciden en el concepto general de separación o división, el espíritu de la palabra *trancher* se corresponde más con el verbo cortar.

⁸⁰ Tomo la expresión en paráfrasis con Foucault, aunque personalmente dudo que el saber se haga, más bien creo que el saber es un fenómeno complejo que emerge en la interacción social.

⁸¹ Del prefijo com- (con, unión) y prehendere (atrapar)

*ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder. Estas relaciones de "poder-saber" no se pueden analizar a partir de un sujeto de conocimiento que sería libre o no en relación con el sistema del poder; sino que hay que considerar, por lo contrario, que el sujeto que conoce, los objetos que conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder-saber y de sus transformaciones históricas. En suma, no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o reactivo al poder, sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan las formas, así como también los dominios posibles del conocimiento."*⁸²

Entendido de esta manera, la aproximación a los discursos de saber nos puede dar elementos para vislumbrar las dinámicas de poder. Decía en el apartado anterior que la posición subjetiva en el momento que el sujeto es adjetivado diabético desde una posición de poder sustentada por un supuesto saber está conformada por el interjuego o disposición subjetiva ante las distintas instituciones que (en cada sujeto particular) confluyen en la problematización del concepto diabetes/diabético/diabetizar.

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) constituye una entidad nosológica vigente en el catálogo de enfermedades de la medicina oficial. Desde esta construcción se difunde su existencia y se construyen los sujetos que la padecen. Sin embargo, es prudente preguntarse ¿desde cuándo ha sido así? ¿Alguna vez ha sido diferente? Al tratarse de una construcción de la memoria, la respuesta no es del todo confiable, pues la información que ha llegado a nosotros es la que ha sobrevivido y se ha difundido hasta llegar al medio social y cultural en el cual se lleva a cabo esta investigación.

La DMT2 se ha definido como una entidad clínica precisa y se mantiene una investigación activa sobre sus implicaciones biológicas. Se reconoce como primer registro en el que se define clínicamente y es nombrada "*diabetes mellitus*" el realizado

⁸² Foucault, M. (2002). El cuerpo de los condenados. En M. Foucault, *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trans., pp. 11-37). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina

en 1674 por el inglés Thomas Willis, apenas 24 años después de la muerte de Descartes. Willis mismo reconoce la existencia de registros sobre la diabetes siglos antes de su propia definición, pero a él se le atribuye haber agregado el término *mellitus*.

Se puede hacer un rastreo de referencias que sugieran la identificación de una construcción patológica similar antes de esta fecha, asumiendo que existe congruencia histórica en la construcción de un concepto tal como la diabetes y cómo ha sido construido y afrontado por diversas culturas a lo largo del tiempo (hasta donde podemos saber con los datos obtenidos).

Para comprender cómo participa el diagnóstico médico de DMT2 en el proceso de subjetivación del sujeto, puede ser útil conocer la construcción del concepto diabetes en tanto proceso, conocer la historia de la DMT2 y su construcción social, los significados y doxas que se han construido a su alrededor. Idealmente, un análisis del vínculo entre la génesis social y la teórica alrededor de la diabetes mellitus (DM). Aunque no se conoce registro acerca de cómo la diabetes en tanto signo participó en la subjetividad de quienes la padecieron en la antigüedad, sí hay documentación de lo que los médicos, sacerdotes o chamanes consideraban que era. La DM parece haber estado presente en la historia de la humanidad desde tiempos inmemorables. Tres saberes médicos ancestrales, aún vigentes, se han ocupado de ella desde distintos ángulos y nos pueden dar luz sobre el significado que ha tenido la DM para el ser humano en la historia.

La referencia escrita más antigua acerca de algo similar a la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers⁸³. Escrito aproximadamente en el año 1500aC, hace referencia a prácticas y saber médico egipcio del periodo comprendido entre el año 3400 y 2000aC. En este texto se describe la fatiga y la poliuria⁸⁴. *“Para la micción abundante se indica: Un vaso de agua del estanque de pájaros, Saúco, fibras de planta ácida, leche fresca,*

⁸³ Descubierto en 1862, en Luxor. Traducido por George Ebers, de quien recibe el nombre.

⁸⁴ Orinar mucho

cerveza ligera, flores de pepino y dátiles verdes. Mezclar todo junto en una sola ocasión y tomar al hilo una vez al día durante cuatro días".⁸⁵⁻⁸⁶

Otras referencias al mismo texto citan: "*El papiro habla de enfermos que adelgazan, que tienen hambre continua, que orinan muchísimo y que se sienten atormentados por una sed enorme. Para su tratamiento aconsejaba una pócima hecha con grasa de ternera, cerveza, hojas de menta y sangre de hipopótamo, junto con invocaciones a Isis, a Anubis y a Osiris y sacrificios y ofrendas a Imhotep. Es seguro que el diabético seguía igual, es decir, bebiendo, orinando, adelgazando y debilitándose, para acabar muriendo en un breve plazo*"⁸⁷. No hay evidencia de que esta práctica médica esté vigente.

En el siglo VI antes de Cristo, Sushruta consideró la diabetes como una enfermedad del tracto urinario (*prameha*) y como una condición incurable (*mahu-meha*). También identificó dos causas: congénita o resultado de una dieta poco juiciosa, donde la obesidad es característica de la enfermedad. El tratamiento incluye cambios en la dieta y la participación en un programa de ejercicios que incluya caminatas, lucha, y cabalgata sobre caballo o elefante⁸⁸.

Según la medicina Ayurveda⁸⁹, La *Prameha* es una enfermedad que involucra los tres *Doshas*: *Vata* (aire), *Pitta* (bilis) y *Kapha* (flema), con una predominancia de *Kapha*. *Kapha* tiene una constitución corporal típica de estructura pesada, con tendencia al sobrepeso, digestión lenta, cabello graso, grueso y ondulado, sueño prolongado y profundo, metódica en su accionar, lenta para enojarse, de modos delicados y tranquilos. Existen 20 subtipos de *Prameha* según la interacción entre los tres *Doshas* y los 10 *Dushyas*. La *Apathyanimittaja Prameha* corresponde a la diabetes tipo 2 con obesidad,

⁸⁵ Traducción propia

⁸⁶ Bryan, C. P., (1930). *The Papyrus Ebers Translated from the German Version*. Letchworth, Herts: The Garden City Press LTD.

⁸⁷ Cañadell, V., (1980). *El libro de la diabetes*. Barcelona: Jims.

⁸⁸ Tipton, C. M., (2008). Susruta of India, an unrecognized contributor to the history of exercise physiology. *Journal of Applied Physiology*, pp. 1553-1556.

⁸⁹ Actualmente se practica abundantemente en la India y ha migrado al resto del mundo.

mientras que la *Madhumeha* es un subtipo de *Vataja Prameha* que puede suceder como estadio terminal de la DMT2⁹⁰.

Por otro lado, en la medicina china⁹¹ se aborda el problema de energía del bazo-páncreas a partir de la teoría de los cinco elementos, que data de los siglos IV y III antes de Cristo, saber que refiere al Emperador Amarillo Huangdi Neijing, quien vivió en el año 1600aC. El diagnóstico más próximo al concepto de DMT2 es *Quixu*: debilidad de la energía, que suele referirse a insuficiente energía del bazo, del estómago y de la energía renal. Hay anormalidad en la alimentación y la bebida, el bazo se daña de cansancio por el exceso de trabajo y en consecuencia, los miembros superiores e inferiores carecen de fuerza y hay inapetencia. El principal problema se encuentra en el *Piqi* o energía del bazo, que según la teoría sobre los órganos transporta y diluye los alimentos, las sustancias finas y los líquidos, absorbe de forma unificada la sangre, gobierna los músculos y los cuatro miembros, comunica la energía con la boca. Bajo esta concepción, la esencia negativa proviene de los cinco sabores de los alimentos en interrelación con los cinco órganos, los cinco elementos y las cuatro estaciones. Las relaciones son: Corazón, fuego, amargo, verano; bazo, tierra, dulce, verano; pulmones, metal, picante, otoño; riñón, agua, salado, invierno; hígado, madera, ácido, primavera. Para tratar la enfermedad del bazo, el paciente no debe comer alimentos calientes, ni llenarse, tampoco permanecer en lugar húmedo ni ponerse ropa húmeda.

El *Pidan* es una enfermedad de calor interno que ocasiona un sabor dulce en la boca, que a la larga se convierte en una sed terrible con un incesante deseo de beber y comer. El *pidan* deriva del ascenso excesivo del *qi* vital de los cinco sabores. El bazo pierde su función normal debido al calor, así que la saliva se queda en el bazo, haciendo que en la boca haya sabor dulce, el enfermo sufre porque le gusta comer en abundancia, lo sabroso puede causar calor interno y lo dulce provoca sofocación del tórax y el abdomen,

⁹⁰ Sharma, H. & Chandola, H., (2011) Prameha in Ayurveda: correlation with obesity, metabolic syndrome, and diabetes mellitus. Part 1-etiology, classification, and pathogenesis. *J Altern Complement Med*, 17(6), pp. 491-496.

⁹¹ Se practica a nivel mundial.

por lo que el bazo no puede funcionar bien y el *qi* vital sube. La *Arethusa* puede expulsar el *qi* caliente y triste acumulados en el cuerpo y así curar la enfermedad.⁹²

A principios del siglo II, Areteo de Capadocia le da el nombre de *diabetes*, vocablo de origen griego (δια, dia: a través; βήτης, bêtes: pasar) que hace alusión a la excesiva excreción de orina que semeja a un sifón. Para él, la diabetes era una enfermedad húmeda y fría, en la que la carne y los miembros se fundían para convertirse en orina⁹³.

También en el siglo II, Galeno introdujo la hipótesis de la diabetes como un agotamiento de los riñones y Cornelio Celso describió la enfermedad destacando la poliuria y la emaciación⁹⁴ que sufrían los pacientes.

En el siglo X, el médico árabe Avicena expuso por primera vez el papel del hígado y del sistema nervioso en el origen de la diabetes, además de describir la relación entre la diabetes y la gangrena de las extremidades. Propuso el ejercicio como base del tratamiento de la diabetes⁹⁵.

En la medicina ancestral mexicana⁹⁶, la enfermedad más similar a la DMT2 la encontramos en la figura 39 del código Badiano, nombrada “*Árboles y flores para la fatiga del que administra la república y desempeña un cargo público*”, donde se presenta un tratamiento con multitud de plantas (que incluye hojas, flores y raíces), piedras preciosas

⁹² Yazhou, H. & Chuncai, Z., (1997). *Singular libro de ciencias médicas de china HUANGDI NEIJING gráfico para cuidar la salud*. Beijing: Delfín.

⁹³ Schott, H., (2003). *Crónica de la medicina*. 3a ed. México: Intersistemas SA de CV. pp50

⁹⁴ Del lat. *emaciāre*, debilitar. Adelgazamiento morbos. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición* [Online].

⁹⁵ Chiquete, E., Nuño González, P. y Panduro Cerda, A., (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, Volumen 3, pp. 5-10.

⁹⁶ Aunque la herbolaria es una terapéutica utilizada en todo el orbe, los conceptos filosóficos de equilibrio entre diferentes niveles de realidad que son fundamentales en la medicina mexicana tradicional, parecen seguir circunscritos a Mesoamérica. Aunque hay constancia de médicos tradicionales que han migrado a Europa, especialmente a Austria y España.

y procedimientos rituales, además de recomendaciones dietéticas como comer carne de conejo asada o hervida⁹⁷.

Resulta difícil saber qué ha subsistido de esta terapéutica hasta el día de hoy, pero es importante reconocer elementos que han pasado aparentemente por la tradición oral y que siguen vigentes. En el Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana se encuentra referencia a la diabetes como “*azúcar en la orina*”, *ixkgalhni*, *chu’uhuk uix* o *ch’ujuk wix*. Se refiere como un padecimiento identificado por orina frecuente, cansancio, sed y hambre insaciable. Generalmente asociado a una fuerte experiencia emocional como un susto o un disgusto fuerte, desequilibrio en el frío-calor de los alimentos, o comer en exceso. Se diagnostica haciendo orinar al paciente cerca de un hormiguero y observando si la orina atrae a las hormigas. También se reconocen como frecuentes las infecciones de vías urinarias (mal de orín), heridas reacias a cicatrizar, retención de líquidos. Para su tratamiento se utilizan preparados acuosos administrados principalmente en ayuno. Destacan por su uso frecuente: nopal (*Opuntia sp.*), tronadora (*Tecoma stans*), guarumbo (*Cecropia obtusifolia*), elemuy (*Guatteria gaumeri* o *Malmea depressa*), cocoyol (*Acrocomia mexicana*), claudiosa (*Capraria biflora*), gobernadora (*Larrea tridentata*), ajo (*Allium sativum*), lágrimas de san Pedro (*Coix lachryma-Jobi*), tejocote (*Crataegus mexicana*) y prodigiosa (*Brickellia sp.*). La cura de espanto y la limpia pueden ser recursos terapéuticos o profilácticos⁹⁸.

El uso de la herbolaria para el tratamiento de la diabetes ha trascendido el entorno rural mexicano, de manera que se pueden encontrar recetas como la preparación de una bebida que requiere serenar y luego hervir tronadora, damiana, matarique, eucalipto y acetilla y tomar tres veces al día⁹⁹; que indudablemente puede ayudar a su control, pero también pone en riesgo la vida si no se usa adecuadamente. O incluso, se comercializa en la red informática un compuesto en gotas que dice contener Tronadora, Guarumbo,

⁹⁷ De la Cruz, M., (1991). *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. Manuscrito azteca de 1552 Según traducción latina de Juan Badiano*. México: Fondo de Cultura Económica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁹⁸ Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana (Pueblos Indígenas de México, 2009).

⁹⁹ El yerberito ilustrado (Del Río, 1975)

Nopal, Copalchi y Fenogreco. El uso de la herbolaria parece haber tocado los recursos urbanos y hacerse presente en la internet, e incluso, es frecuente escuchar a personas de todos niveles sociales y académicos la referencia a los ‘sustos’ o ‘disgustos’ como origen de la diabetes, y aunque aparentemente no están dispuestos a someterse a la terapéutica tradicional de limpias y curas de espanto, los médicos tradicionales son un recurso de salud para la población urbana y rural en el centro de México.

Este repaso histórico por prácticas médicas ancestrales y diversas, pone de manifiesto el manejo incluyente de los afectos y el cuerpo¹⁰⁰ como un todo, y dicha asociación forma parte de la explicación popular; llama la atención la aparente falta de atención a este punto que se ve en la práctica médica oficial. Para comprender la posición del estudio de los afectos en el campo de la práctica médica oficial, creo necesario conocer su historia.

La comprensión de estas formas de concebir y tratar la diabetes nos puede ayudar a comprender la variedad de combinaciones de formas que hacen los sujetos del cuidado de sí. Sin embargo, la medicina oficial, específicamente del modelo médico hegemónico es también la que tiene más difusión a través de los dispositivos sinópticos, por esta razón podemos asumir que también es una fuerte influencia en el posicionamiento de subjetividades ante el concepto diabetes, o sea, la trinidad diabetes/diabético/diabetizar.

En la Ciudad de México y en las comunidades más occidentalizadas de la República Mexicana, las normas de atención a la DM se dictan desde la Secretaría de Salud, ésta, toma como modelo de atención y sustento lo que en sí constituye el modelo médico hegemónico, aunque en la lectura de la NOM se puede leer una reelaboración del discurso, así como una reinterpretación del sustento científico en sí. Creo importante destacar algunos puntos alrededor del abordaje que se ha hecho en relación a la diabetes desde este campo.

Hoy, el modelo médico hegemónico provee muchas terapias efectivas para el control de la hiperglucemia y sus complicaciones. Ha habido multitud de avances en relación a la comprensión del metabolismo de la glucosa, tanto, que de 1923 a la fecha ha habido

¹⁰⁰ Frecuentemente referidos como: “la emoción y la carne” o la “emoción de la carne”.

diez premios Nobel en ese campo¹⁰¹. Sin embargo, la prevalencia de DM aumenta día con día, bajo la dirección de los centros de poder económico y político no se han desarrollado estrategias de prevención efectivas y a pesar de haber una continua producción de fármacos para el tratamiento de la DM, actualmente la medicina científica no ha llegado a una cura.

En un rápido recorrido por los hitos de la medicina relacionados con la diabetes, destacan las bases científicas de las terapéuticas actuales¹⁰²: A mediados del siglo XIX, se demuestra que la glucosa es regulada por la absorción de carbohidratos en la dieta y por producción hepática de glucosa a partir de precursores distintos a la glucosa. En esa misma época, se descubrieron e identificaron las enzimas responsables de la síntesis y degradación del glucógeno, el rol de las hormonas de la hipófisis anterior en el metabolismo de la glucosa y en el desarrollo de DM, el papel de la reversibilidad de la fosforilación proteica y el descubrimiento del AMP cíclico en el control de la acción hormonal, particularmente de la epinefrina y el glucagón, que contribuyen directamente a la hiperglucemia en la DM.

A finales del siglo XIX y principios del XX se demostró el rol y la importancia del páncreas en la diabetes, se purificó la insulina a partir de páncreas bovinos y se utilizó en seres humanos.

El descubrimiento de la insulina y su uso en humanos aumentó el interés por la química y la biología. Ejemplo de esto es que Frederick Sanger recibió el premio Nobel en química por desarrollar un método que secuencía los aminoácidos de las proteínas, específicamente la insulina. La insulina fue la primera hormona para la cual se determinó

¹⁰¹ (1923) Descubrimiento de la insulina, (1947) la ruta catalítica de conversión del glucógeno, (1947) el descubrimiento del rol de las hormonas liberadas en el lóbulo anterior de la pituitaria en relación al metabolismo de la glucosa, (1958) estudio de la estructura proteica especialmente de la insulina, (1971) descubrimiento relacionados con el mecanismo de acción de las hormonas, (1977) desarrollo del radioinmunoensayo para hormonas peptídicas y (1992) descubrimientos relacionados a la fosforilación reversible de las proteínas como un mecanismo de regulación biológica.

¹⁰² Polonsky (2012). The Past 200 Years in Diabetes. New England Journal of Medicine; 367: 1332-1340

la estructura tridimensional por análisis cristalográfico. En 1967 se demostró que la insulina proviene de otra molécula, la proinsulina. El desarrollo del radioinmunoensayo para la insulina permitió la medición cuantitativa de la función de las células beta del páncreas.

La medicina hegemónica reconoce que el problema de la diabetes es complejo y heterogéneo. El aumento de peso corporal en la población general, secundario a dietas hipercalóricas y sedentarismo, es considerado el factor más importante asociado¹⁰³ con el aumento de prevalencia de DM2, esto a pesar de la evidencia cada vez más sólida que relaciona la obesidad, el sedentarismo y la diabetes con condiciones territoriales de pobre desarrollo, así como la asociación con los productos alimenticios altamente industrializados y la transición alimentaria de las zonas empobrecidas hacia alimentos con alta densidad calórica y proteínas de bajo valor biológico.

Otro campo privilegiado en cuanto a la investigación alrededor de la DM, es la genética. Actualmente hay una gran cantidad de recursos volcados a encontrar las relaciones genéticas y el riesgo de diabetes, relaciones que podrían explicar alrededor del uno o dos por ciento de los casos. Aunque la DM2 tiene un comportamiento familiar, todo parece indicar que la respuesta a ello no está en los genes. Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos puestos en ello, no resulta prometedor elaborar estrategias preventivas con base en el perfil genético.

El área de la medicina científica ha desarrollado múltiples herramientas para el tratamiento de la DM: comenzando por el descubrimiento y posterior desarrollo de la insulina y moléculas análogas, que ha aumentado dramáticamente la esperanza de vida de las personas con diabetes; pasando por el desarrollo en jeringas y agujas para la aplicación de insulina, monitores de glucosa domésticos, e incluso bombas de insulina

¹⁰³ Las asociaciones estadísticas constituyen un análisis puramente descriptivo, suele ser considerado un probatorio de la teoría, a pesar de las restricciones y limitaciones que esto conlleva. En este caso en particular, aunque no disminuya la importancia del peso corporal, no puede inferirse que la diabetes sea causada por el sobrepeso. En todo caso, la relación subyacente peso-diabetes sugerida por las asociaciones estadísticamente significativas aún se desconoce.

manejadas por algoritmos computarizados que ajustan las dosis de insulina con base en mediciones continuas de los niveles de dextrosa, para mantener los niveles de glucosa en rangos fisiológicos; fármacos para el control de la hipertensión y los problemas de lípidos en sangre asociados a la diabetes y avances en técnicas quirúrgicas como el trasplante renal, de islotes celulares del páncreas o cirugía bariátrica, conforman el arsenal médico para el tratamiento y control de la diabetes.

Los avances de la medicina hegemónica alrededor de la comprensión y manejo del aspecto molecular e incluso orgánico de la diabetes me parecen sorprendentes. Sin embargo, creo que hay evidencia suficiente para asumir que el camino que se ha tomado hasta el momento no resuelve el problema, cada día aumenta el número de personas con diabetes, el panorama nacional en ese sentido es francamente oscuro. Tal vez el estudio de factores cada vez más pequeños, involucrados en la patogenia de la diabetes, nos permita comprender sus bases moleculares para diseñar fármacos más eficaces, que puedan generar mayores utilidades a sus fabricantes, pero difícilmente nos permitirán comprender el significado que esta enfermedad tiene para quienes vivimos con ella y, menos aún, las consecuencias en el tejido social y en la construcción de la sociedad del futuro y sus sujetos.

En este punto me adhiero a un planteamiento sustancial en la obra de Foucault y para este trabajo:

“Habría que intentar estudiar el poder no a partir de los términos primitivos de la relación sino de la relación misma, en la medida en que es ella la que determina los elementos a los que remite: en vez de preguntar a unos sujetos ideales qué cedieron de sí mismos o de sus poderes para

dejarse someter, es preciso investigar la manera en que las relaciones de sometimiento pueden fabricar sujetos.”¹⁰⁴

Es aquí donde cabe la reconstrucción de mi memoria en relación a cómo llegué a plantearme la pregunta sobre el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes. No sólo en términos de mi posición subjetiva frente al problema y análisis de la implicación, porque en ese caso tendría poca utilidad la reconstrucción de la memoria, sino como herramienta metodológica para vislumbrar el proceso de construcción del sujeto desde la dinámica saber/poder, en el entendido de que los médicos actúan desde posiciones privilegiadas de poder y a su vez son colocados en posiciones privilegiadas de supuesto saber. Asumo que la construcción de sujetos que han de jugar este papel en la deriva social se constituyen desde el origen mismo de la disciplina bajo el precepto de saber/poder.

Propongo analizar el proceso de subjetivación a partir de buscar cambios en la posición subjetiva ante el concepto diabetes/diabético/diabetizar, para esto me refiero a su problematización y por ello tomo como base la pregunta ¿Por qué es un problema la diabetes? La construcción de un problema es, igual que el saber, una construcción social en la cual participan la lógica discursiva, la fabricación de sujetos desde los dispositivos panópticos y sinópticos y la propia experiencia en la construcción de problemas, de tal manera, que construimos un estilo para problematizar, ese estilo se funda en el saber/poder. Nuevos saberes conllevan nuevas relaciones de poder y nuevas relaciones de poder conllevan nuevos saberes, esto modifica las lógicas discursivas y la disposición de los elementos reverberantes de las relaciones de poder, tales como los espacios comunes, la vestimenta, y la construcción toda de la simbología del mundo y la forma en la que concebimos nuestra relación con éste.

¹⁰⁴ Michel Foucault (2001) *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. pág 234, Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Pero ¿cómo concebía la diabetes antes de recibir el diagnóstico? ¿Cuál era mi forma de problematizar? En este caso acudo a algunos textos que escribí antes de septiembre 2004. En primer lugar coloco un fragmento del cuento Guepa el oso, que conforma el capítulo 12 de la novela Águila Blanca que terminé de escribir en septiembre de 1997, cuando pesaba 80 kg y la obesidad no parecía asomarse en el camino:

“Pongamos por ejemplo: la fresa que comiste hace un momento. Cuando apenas germinaba la semilla en el lodo ya había hecho un gran trabajo por sobrevivir, no todas sus hermanas habían gozado de ese privilegio; después creció, luchó por sobrevivir y mantuvo la esperanza de generar un fruto, de hacer algo porque en este mundo existieran más como ella, más plantas hermosas y trabajadoras; pero no era su única esperanza, si tenía suerte, algún día llegaría a ser consumida por un humano, vería recompensado su trabajo y el de las generaciones que le precedieron, podría pertenecer al eslabón más alto de la evolución. Pero ¡Ay de la planta! ¡Ay de sus abuelos! La vida se derrama en llanto cuando ve su realidad: tuvo la oportunidad pero fue desperdiciada, fue ingerida por un hombre que come con exceso e inconsciencia. El trabajo de generaciones de plantas, de la vida misma por darle aliento y sustento yacerán bajo tierra como parte de un excremento ácido que tardará mucho tiempo para poder servir siquiera como abono.

Cada vez que comemos somos los causantes directos de la muerte del alimento, no importa lo que comamos, plantas y animales son seres vivos hasta que los ingerimos. Darles muerte está bien cuando les ayudamos a evolucionar, cuando no es así, nos convertimos en asesinos. Comer con responsabilidad nos hace ser mejores, nos convierte en herramientas de progreso; hacerlo con inconsciencia nos transforma en asesinos, en ecocidas y retrógradas.”¹⁰⁵

¹⁰⁵ Luis Rogelio Gutiérrez (1997) Capítulo 12. Guepa, el oso. En: Águila Blanca. Edición propia. Villahermosa, Tabasco. pág. 278

En este fragmento alcanzo a ver la idealización con la comida, con lo que “debe de ser”. Muchas cosas habrían de pasar antes de llegar a la obesidad y a asumir un riesgo latente de desarrollar diabetes. El objetivo de colocar aquí este texto es mostrar mi posición subjetiva ante la diabetes, ante el “deber ser”¹⁰⁶ y el enorme peso que tenía el discurso médico en mi propio hablar, a pesar de haberlo escrito antes de siquiera considerar la posibilidad de dejar el comercio y hacer votos de pobreza para dedicarme a estudiar, primero medicina, y luego la MPSGI.

Asumiendo que el proceso de subjetivación es dinámico y que la respuesta ante el diagnóstico médico de diabetes está condicionado (aunque es impredecible) por la posición subjetiva del sujeto ante el diagnóstico mismo, es congruente una posición subjetiva que diera predominio a la opinión médica, sin embargo, también le tengo reconocimiento a los saberes de atención “alternativos”, el uso de herbolaria y “remedios naturales”, algunos de los cuales conozco por tradición oral y otros por pura referencia. En un acto de construcción de la memoria, coloco lo siguiente:

De este modo, mi primera reacción fue obedecer ciegamente las indicaciones médicas y complementar el tratamiento con el “jugo para diabético” que se vendía contraesquina al lugar donde trabajaba. Al poco tiempo resultó que el jugo mismo era lo que me impedía lograr un “adecuado control de la glucosa”. En los textos se alcanza a ver una construcción positivista del mundo y como tal, resultaba lógico buscar un control “objetivo” de la diabetes, si la diabetes es “un problema del azúcar”¹⁰⁷ lo lógico era medir el azúcar, así que me compré un aparato portátil para medirla, el cual llevaba conmigo a todas partes y en todo momento, así verifiqué cuantitativamente cuánto me elevaba la glucosa una Coca-Cola de 325mL, 4 tacos de carnitas, un tlayuda, un plátano, un plato de caldo

¹⁰⁶ Léase “superyoica”

¹⁰⁷ Según mi médico y la NOM-15-SSA2-2010 que a la letra define la diabetes como: “la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.” (Hernández Ávila, 2010)

de pollo, el jugo para diabético¹⁰⁸, etcétera¹⁰⁹, me hice jarabes con 75g de azúcar de mesa que tomé en ayunas para ver mi respuesta midiéndome cada 15 minutos durante tres horas, con medicamento y sin medicamento, prueba que realicé a cualquiera que se dejó (excepto por el medicamento).

No hago más larga la historia de esa etapa, baste lo anterior para dejar clara mi posición subjetiva frente a la diabetes a partir del diagnóstico médico de diabetes, es decir, de la deriva que seguí en la interacción de los saberes y mi saber experiencial. Con estos antecedentes poco sorprende ya que haya decidido entrar a estudiar medicina para comprender la diabetes y poder darme tratamiento desde la disciplina médica, ese fue un acto dentro de mis posibilidades sociales y epistémicas, un movimiento que reforzaría mi postura ante la diabetes.

Pero ¿Cuál es el propósito de contar esto en esta Idónea Comunicación de Resultados? El saber/poder tiene una dinámica compatible con la forma de problematizar social y aunque hay una gama enorme de formas de problematizar hay una que predomina, que dirige, que subyuga a las demás por el poder que concentra y porque concentra el poder, forma que mantiene la “estabilidad social” al mantener la estructura económica, la organización política y la orientación teórica y cultural, eso que Gramsci llamó hegemonía, algo que opera en la estructura económica, la organización política de la sociedad, el modo de pensar, las orientaciones teóricas y el modo de conocer¹¹⁰, que tiene capacidad de dirección, de conquistar alianzas, la capacidad de proporcionar una base social al Estado. Con lo antes dicho, busco colocar la medicina escolarizada, con la que se forma a los médicos¹¹¹, en la categoría de intelectuales orgánicos de la hegemonía.

¹⁰⁸ El jugo contenía: naranja, piña, cilantro, nopal, toronja y apio.

¹⁰⁹ Las tres cosas que más me elevaron la glucosa fueron: el jugo, las carnitas y el plátano

¹¹⁰ Antonio Gramsci (2000 [1929-1935]) *Cuadernos de la cárcel* (Vol. 6). (A. M. Palos, Traducción.) Puebla, México: Ediciones Era y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

¹¹¹ Que el diccionario de la Real Academia Española recoge como: “Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina” y que reafirma el diccionario de María Moliner y el de la lengua Alkona. Es importante aclarar que asumo esta definición de médico, por lo que en los modelos de atención tomo sólo los servicios prestados por personas legalmente autorizadas para profesar y ejercer la medicina como modelos de atención médica, sin importar la legitimidad de la atención.

Esa forma médica de problematizar, ampliamente difundida a través de los dispositivos sinópticos y sentidos en carne viva con los dispositivos panópticos del sistema de salud me había marcado de tal manera que entré a estudiar medicina en la UAM Xochimilco. Los sujetos difícilmente somos intelectuales orgánicos del Estado de forma espontánea, una cosa es que la hegemonía nos atraviere y otra que seamos forjadores activos de esa hegemonía. Este tipo de intelectuales se forma en las unidades destinadas para tal fin, en este caso la Universidad y los hospitales.

Lo primero que uno tiene que aprender al entrar a la carrera de medicina es a obedecer en silencio, la torre jerárquica pesa en todo el escalafón y los estudiantes son el nivel más bajo, una vez que se obedece en silencio se pueden aprender las “básicas” como bioquímica, parasitología, inmunología, metabolismo celular, anatomía, farmacología, histología y epidemiología, no importa que el modelo de enseñanza-aprendizaje sea a partir del documento Xochimilco, el peso de las instancias acreditadoras¹¹² y la necesidad del capital globalizado de homologar la enseñanza han vencido la innovación pedagógica y social que significó el sistema modular.

Luego viene la “rotación” por las sedes hospitalarias, en las que primero hay que aprender a “parecer” médico, lo cual implica aprender cómo debe parecer un médico, aquí le cambia a uno “hasta el modito de andar”, aprendí a lavar la ropa blanca, a entintar y bolear los zapatos blancos, a evitar que la comida manchara la bata y a parecer pulcro e impecable a toda hora del día o de la noche, a maquillarme las ojeras con sonrisas o con sueros, a evitar cualquier expresión afectiva ante los “pacientes”.

Una vez logrado el objetivo de “parecer” médico me tocó aprender a “pensar como médico”, inicié con la adquisición de un extenso vocabulario que no aparece en los libros, una jerga que identifica a

¹¹² Por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C (AMFEM)

quienes nos dedicamos a la medicina y la escuela general en la que nos formamos, un caló identitario tribal, luego, sin saber bien a bien cómo sucedió me convertí en una especie de detective, con una formación intensiva en una lógica indiciaria me adentré en el difícil arte de sospechar lo insospechable y ver lo invisible¹¹³, de la creación de realidades alternas y pronósticos terribles. Así, poco a poco, sin sentir, fui llegando al momento de tener que actuar como médico, eso que no se enseña en el discurso, pero que está marcado en la formación y conforma el 'éthos' médico, esa forma que los médicos difícilmente reconocemos porque nos asumimos diferentes al resto de los colegas y que sin embargo constituye una constante. De alguna forma el médico actúa como un normador social, juez y policía, ejecutivo del 'statu quo' social.

Además de todo lo anterior, hay un elemento que se repite a lo largo de toda la formación, sea ésta en las aulas, en el hospital, en el consultorio o en la promoción de salud en campo: la objetividad. El médico se asume ante todo objetivo, he encontrado quien cuestiona si la medicina es un arte o una ciencia, incluso estamos los que contamos la medicina dentro de la rama de las ingenierías, pero lo que pocos, muy pocos se atreven a cuestionar es la objetividad de la medicina, tal vez de la práctica médica, pero no de la medicina en abstracto. Estamos formados para ir y ver la realidad, para develar misterios con espíritu de mártires, en condiciones de sobre esfuerzo, obligados a pasar muchas horas sin dormir¹¹⁴, bajo una disciplina castrense en la que se nos vende la idea de un futuro esplendoroso

¹¹³ Recuerdo con especial cariño el día que pude “ver” por primera vez un corazón latiendo, el corazón de una persona evidenciado por los ruidos que produce con el solo acto de escuchar a través de un fonendoscopio, que en el nombre manifiesta la función: *phone* (sonido), *endon* (dentro) –*scopio* (para ver o mirar).

¹¹⁴ Lo más común son jornadas de trabajo de 12h, 12h, 36h, acumulando así 132 horas a la semana independientemente del tiempo de estudio, aunque no es raro encontrar (a pesar de la prohibición legal) quien tenga más de una semana (168 horas) sin salir del hospital y sin autorización para dormir en ningún momento.

lleno de sacrificios y desvelos por el bien del resto de la humanidad. Humanidad que, por otro lado, no agradece y a la que hay que obligar a obedecer, porque el médico, desde la ciencia y objetivamente sabe lo que cada persona necesita, así nos conforman.

Me detengo en este punto para pensar un poco sobre la formación del médico, de la médica, lo digo desde mi experiencia, lo que me tocó vivir, de ninguna manera pretendo hacer un análisis profundo de la situación, mi propósito es encontrar en esta trayectoria la formación de sujetos, la interacción con la subjetividad, la guía de un proceso de subjetivación, guía fortalecida por las necesidades del mercado global, por las formas políticas de ejercicio del poder y la importancia del individuo por sobre todas las cosas.

Creo necesario aclarar que para entrar a estudiar medicina primero hay que ser un excelente respondedor de exámenes, eso quiere decir que aquellos que estudian esta carrera necesariamente tienen en común capacidades de abstracción y análisis que les permite construir unidades categóricas con tal habilidad que puedan responder correctamente una serie de preguntas formuladas para responderse por opciones. Es decir, hay una acción selectiva que no discrimina entre quienes saben más o quienes saben menos, ni siquiera entre quienes tienen más interés o menos en estudiar medicina, sino en quiénes son capaces de responder por opción múltiple, lo cual de suyo implica una posición subjetiva susceptible de adaptarse a la formación positivista a la que se someterá en el proceso de formación.

Me llama la atención el proceso de formación desde lo más externo hacia lo más profundo, el análisis del cuerpo propio desde la apariencia, la forma de moverse, esa conformación que va de lo superficial a lo profundo, igual que el proceso del nacimiento de la clínica planteado por Foucault, donde lo profundo se vuelve superficial, *“una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad”* ¹¹⁵

¹¹⁵ (El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, 2001[1953], pág. 14)

Las posiciones subjetivas con las que las personas se enfrentan a los médicos son sumamente variadas, desde el antagonismo casi absoluto hasta la admiración y obediencia más absurda, ante ese inmenso matiz el médico tiene el arma de lo objetivo. Sin embargo, la medicina es una profesión de cuidado del bien público, del sustrato social del Estado y está en función de las necesidades que éste tiene, hacerlo de este modo garantiza la posesión de la patente otorgada por el Estado mismo, de esta manera, médicos y médicas acudimos a la objetividad como herramienta para obligar al “paciente” a hacer “lo que tiene que hacer”, lo que desde nuestra manera de problematizar es lo correcto, “lo que le conviene” (pensamos que al individuo y es posible, pero fundamentalmente le conviene al Estado).

Cada vez que queremos obligar a alguien a que haga algo de acuerdo con nuestros deseos, y no podemos o no queremos valernos de la fuerza bruta, ofrecemos lo que afirmamos es un argumento racionalmente objetivo. Hacemos tal cosa bajo la pretensión implícita o explícita de que el otro no puede rechazar lo que nuestro argumento defiende porque su validez como tal descansa en su referencia a lo real. También lo hacemos bajo la pretensión adicional explícita o implícita de que lo real es universal y objetivamente válido porque es independiente de lo que hacemos, y una vez indicado no puede ser negado. En efecto, decimos que quien no cede a la razón, esto es, quienquiera que no cede a nuestros argumentos racionales, es arbitrario, ilógico o absurdo, e implícitamente afirmamos que tenemos un acceso privilegiado a la realidad que hace objetivamente válidos nuestros argumentos.¹¹⁶

La construcción de la medicina como algo objetivo, como una disciplina con poder de coerción sobre los procesos de subjetivación de los sujetos sujetos a la noción de

¹¹⁶ (Maturana Romesín, La realidad : ¿objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento, 1997, pág. 12) Para profundizar en la cuestión de la objetividad y la distinción de la objetividad trascendental y la objetividad entre paréntesis, recomiendo ampliamente leer el capítulo completo “Realidad: la búsqueda de la objetividad o la búsqueda de un argumento convincente” de la misma obra.

objetividad como valor máximo de verdad le da a la medicina la categoría de ciencia, ese método de conocer objetos, cosas que asumimos que existen fuera de nosotros mismos e independientemente de si nos acercamos a ellos o no y ante los que solemos colocarnos como observadores.

La seguridad con la que se enfrenta el médico clínico ante el “paciente”¹¹⁷ en la intimidad del consultorio se refuerza para el médico y para el *padeciente* con toda la configuración de subjetividades implícitas en el solo concepto de consultorio y reforzado las más de las veces con distribuciones arquitectónicas y de sujetos distribuidos a lo largo de pasillos y mostradores que promueven un sentimiento de indefensión y visibilidad total en quien asiste a “consultar” al especialista, a aquel en quien ha depositado un supuesto saber, inmerso en un dispositivo panóptico de grandes proporciones al cual se entra por propio pie y por la propia voluntad.

En el refranero popular existen dos dichos que me parecen representativos de lo que sucede en las posiciones subjetivas de quien ejerce la medicina: “*el camino al infierno está pavimentado con buenas intenciones*” y “*no hay mejor manera de hacer el mal que cuando se quiere hacer el bien*” ¿Cuál es entonces la “buena” medicina? ¿Qué es un “buen” médico? La medicina y los médicos tal y como son producidos son la buena medicina y el buen médico para el sistema que los produce¹¹⁸, generalmente fieles guardianes del “bienestar” de la base social que conforma el Estado, conformador de subjetividades que responden a las necesidades del sistema que promueve, forma y produce los médicos que año con año salen de las universidades, desde los más intensos

¹¹⁷ Tomado en el más amplio de los sentidos. Vale la pena apuntar que desde el punto de vista léxico del latín “*patiens, patientis*”, participio de presente de “*pati*” (sufrir, soportar, experimentar un proceso o una acción que parte de una causa ajena), quiere decir el que sufre o soporta en sí la acción de algo o de alguien. Se opone a “*agens, agentis*” (agente, el que actúa). Por eso también en gramática llamamos sujeto agente al sujeto de una oración activa (Juan aconseja), pero sujeto paciente al que recibe una acción en una oración pasiva (Juan es aconsejado). Y el término paciente está aplicado tanto al que sufre una enfermedad como al que oye con paciencia a otro o trabaja con paciencia, soportando las dificultades que eso pueda suponer.

¹¹⁸ Tomando en cuenta que son una producción social, aunque el Estado juega un papel constituyente determinante, el efecto sobre el hacer y el pensar del médico en cuestión es impredecible, pues el médico también emana del pueblo y es constituido por éste.

activistas sociales que luchan lado a lado con los más empobrecidos del país, hasta los mercaderes más soeces¹¹⁹.

Con la consigna de no poder no saber, el médico se enfrenta al paciente con el encargo de curarlo, pero para curar a alguien primero tiene que estar enfermo, dado lo cual la consigna se transforma en convertir cualquier malestar en una patología, de otra manera el médico no tendría encargo que cubrir. Desde esta mirada, el médico desarrolla las habilidades necesarias para identificar o crear patologías si esto fuera necesario, no se trata de un invento arbitrario, sino de la habilidad de convertir cualquier anormalidad en algo potencialmente peligroso, cualquier molestia en un problema a resolver.

El objeto de estudio de la medicina es la salud¹²⁰, más específicamente, la salud proyectada en el cuerpo humano pero de relevancia social. Para tratar con esto la currícula visible se centra en aspectos biológicos mientras que las condiciones sociales y la importancia del médico y de la medicina en el ámbito social se enseñan como elementos naturales, dados por hecho. Pues decía que médicos y médicas aprendemos a problematizar las cosas en términos de la salud de los individuos y a analizar su importancia para la salud de la población, de tal manera que el tema de la diabetes en particular tiene una preminencia de aspecto biológico al momento de estar frente al paciente, una preminencia política al momento de pensarla como problema de salud y una incertidumbre feroz al momento de investigarla.

De esta manera hablamos de problemas diferentes cuando se trata de la diabetes en la clínica, cuando se piensa desde la política o cuando se investiga sobre ella. Desde luego, en los centros de investigación oficiales, donde los mismos médicos son clínicos, investigadores y funcionarios de gobierno se ha desarrollado una serie de estrategias para resolver los conflictos que surgen entre estas tres dimensiones. Acudo nuevamente a la memoria.

¹¹⁹ Aquí resulta interesante preguntarse si, en la interacción social, la deriva del médico y sus saberes pueden transformarse a tal punto que sirva a los intereses y necesidades de los excluidos y se oponga al encargo institucional del Estado como instrumento de vigilancia y control.

¹²⁰ Esta es la versión oficial, estamos quienes creemos que el objeto de estudio de la medicina suele ser la enfermedad pues pocas veces se analiza en términos dialécticos como unidad salud/enfermedad.

Cuando empecé mi práctica médica atendiendo personas con diabetes, hipertensión o dislipidemias, una de las mayores preocupaciones que me abordaron fue la adherencia terapéutica, es decir, la obediencia del individuo al seguir las indicaciones que yo le daba. Por supuesto las indicaciones que le daba eran indicaciones reconocidas por las autoridades sanitarias, congruentes con el manejo de la diabetes a nivel internacional, pero me topé vez tras vez con que los pacientes no habían seguido las indicaciones. Esto me hubiera sorprendido si yo mismo no fuera un paciente. De ahí una de las preguntas que he escuchado de forma más persistente entre el personal de salud ¿por qué la gente no hace lo que le conviene aunque sepa que le conviene? ¿Por qué hace cosas que le hacen daño a sabiendas de que le dañan? Ciertamente no es un problema de información, no es cuestión de conocimiento.

Pero entonces ¿cuál es el problema? Congruente con mi marco epistémico fui a la etiología del problema: El problema es la adherencia. La adherencia es una cuestión de conducta, luego entonces es un problema de conducta. Pura lógica formal, eso no requería más que buscar la solución en modificar la conducta. Así fui a dar a las herramientas más socorridas para intentar comprender y solucionar la falta de adherencia a la terapéutica médica.

Asumir que el proceso de subjetivación es dinámico tiene como desventaja que no se puede meter en un molde ni manipular para componer el mundo, pero por otro lado, permite comprender cómo se dan los cambios, cuáles son las relaciones que nos hacen ser quienes somos y cambiar como cambiamos. Esta forma de entender no tiene correspondencia con las posturas epistémicas de la objetividad trascendente, que es la que domina el ámbito clínico y conforma parte esencial del discurso hegemónico.

En esta rama, al buscar herramientas que me ayudaran a ayudar a cambiar la conducta de los pacientes, me encontré con dos modelos ampliamente difundidos para intentar comprender la conducta irracional de los sujetos frente a resistirse al tratamiento

terapéutico establecido por el médico. Dichos sistemas de aproximación fueron: en primer lugar el modelo de las cinco etapas del duelo de Kübler-Ross¹²¹, en la que a pesar de las aclaraciones que hiciera su autora posteriormente, se quedó la idea de que las etapas de duelo son consecutivas y que todo paciente las cruza todas si tiene el tiempo vital suficiente para hacerlo. Las etapas son: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación. A pesar de que el libro se publicó originalmente en 1972, los ataques contra el modelo se hicieron sentir hasta principios de este siglo, cuando un grupo de psiquiatras decidió hacer una observación clínica estadística para comprobar si la teoría de Kübler tal como suele enseñarse en las escuelas de medicina era correcta¹²², llegando a la misma conclusión que ella había anunciado: no todas las personas pasan por todas las etapas, las etapas no son consecutivas y se pueden presentar de forma simultánea, es decir, más de una etapa al mismo tiempo. Estas razones y la metodología empleada por la doctora Kübler¹²³ fueron esgrimidas contra su teoría en otro artículo, pero esta vez de una revista de divulgación científica.¹²⁴ Los principales argumentos en contra de la teoría de las etapas del duelo, giran en torno a la falta de rigor metodológico en términos cuantitativos, ya que dicha teoría se desarrolló con base en entrevistas y el análisis del equipo entrevistador.

Por otro lado, el método que se considera más actual es el modelo transteórico del cambio, técnica que nació en el tratamiento de las adicciones y se ha intentado utilizar con resultados inconsistentes en el área de las enfermedades crónicas (diabetes, VIH, Cáncer, etcétera). Concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de cinco estados: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Considera dichos estados como dinámicos. La diferencia entre los sujetos no se limita al estadio en el que se encuentra, sino también a tres factores característicos en cada etapa: lo que la gente piensa y hace para cambiar su conducta;

¹²¹ Elisabeth Kübler-Ross (1975) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

¹²² Maciejewski, Paul K.; Zhang, Baohui; Block, Susan D; Prigerson, Holly G. (2007) (An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. 297(7):716-723. JAMA

¹²³ Nombrada en el texto como Doctora. Por su profesión, no por su grado académico: fue psiquiatra, estudió psicoanálisis y en 19 ocasiones se le otorgó el grado de doctora honoraria.

¹²⁴ (Stages of Grief: the Myth, 2008)

la evaluación entre los pros y los contras del cambio y por último la confianza y capacidad para conseguir el cambio.

Una vez identificada la etapa en la que se encuentra el paciente, ya sea con el modelo de las etapas del duelo o con el transteórico del cambio suele utilizarse una herramienta llamada entrevista motivacional, se trata de un tipo de entrevista clínica directiva centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito considerado insano para promover cambios hacia un 'estilo de vida más saludable'¹²⁵.

Los métodos parecen sólidos, se ha presentado multitud de variantes alrededor de estos dos modelos fundamentales, sin que hasta el momento el propio método de validación que se podría utilizar en este tipo de construcciones haya podido demostrar su efectividad en términos estadísticos. Me tocó participar en el diseño y realización de un estudio comparativo entre el uso de la entrevista motivacional con base en el modelo transteórico del cambio contra la intervención habitual en la consulta de nutrición para pacientes con dislipidemia. El estudio no se completó, pero se hizo evidente que lo que funcionaba era la empatía y el interés de quienes participaban en la consulta.

Con estos antecedentes, quedaba claro que el problema de la conducta no era un problema que pudiera ser objetivable, que el problema de la conducta alimentaria era algo que iba más allá de la buena voluntad de los pacientes. Hasta aquí queda claro que la diabetes puede ser un problema biológico, político u ontológico, que según la manera en la que se aborde será el tipo de problema que le corresponda.

En términos biológicos puedo decir que en el individuo ocurren procesos fisiológicos propios de las relaciones estructurales al interior del organismo, mismos que al ser observados pueden coincidir con una dinámica que en medicina se denomina "diabetes", por lo tanto se trata de una abstracción en el dominio de la biofísica, que considera características específicas y relativamente bien determinadas de las relaciones estructurales y funcionales en los procesos de obtención, almacenamiento y uso de los

¹²⁵ Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T. y Beitz, K. (2007). Motivational Interview. American Journal of Nursery, 107(10), 50-58.

sustratos energéticos bajo dinámicas que de forma crónica promueven estados de glucemia superior a los establecidos como normales en función del sexo, la condición social o fisiológica y el grupo etario. Además puedo decir que la relación dinámica de las formas energéticas en la fisiología general del organismo puede conducir a una pérdida de la homeostasis y daño estructural irreversible principalmente en los órganos sin mecanismos de regulación para la glucosa, lo cual puede condicionar la pérdida de funciones orgánicas y/o estructurales que disminuyan las capacidades funcionales del individuo incluyendo su capacidad autopoietica¹²⁶.

En términos biológicos, estrictamente biofísicos, la diabetes no es un problema para el individuo mientras no afecte sus capacidades funcionales, ya que éste puede seguir haciendo lo que siempre ha hecho. Sin embargo, el objetivo del tratamiento de la diabetes es evitar una catástrofe económica para el Estado, para lo cual se interviene directamente sobre los cuerpos individuales que aportan la base social y material para la existencia del Estado. De esta manera, el problema biológico construido desde la medicina se muestra en su dimensión biopolítica, sobre todo como problema económico cuando consideramos que los argumentos de la OMS para combatir la obesidad y la diabetes son de corte financiero. Valgan los siguientes datos para mostrar la magnitud monetaria del problema de la diabetes: afecta a 371 millones de personas en el mundo, con una prevalencia del 8.3%, de las cuales el 50% no han recibido el diagnóstico. En México se reporta una prevalencia del 15.59%¹²⁷, lo que representa ~10'603,220 personas de entre 20 y 70 años que han recibido el diagnóstico médico de diabetes mellitus (DM) y se calcula que ~3'452,410 personas tienen DM, pero no han sido diagnosticadas. La Federación Internacional de Diabetes también informa que el gasto promedio por persona con DM en México es de ~\$815.53 USD¹²⁸.

¹²⁶ Esto significa la muerte del individuo.

¹²⁷ Es importante destacar que este dato proviene del atlas de la Federación Internacional de Diabetes (FID) (2012) y se refiere a prevalencias comparativas con los criterios de la OMS, pero la Encuesta Nacional en Salud 2012 (Gutiérrez, y otros, 2012) manifiesta una prevalencia del 9.2% de personas con diagnóstico previo de diabetes.

¹²⁸ 815.53 \$USD por 12.80\$MX=10,438.78 \$MX por persona al año, multiplicado por 10'603,220 personas con diagnóstico de DM, el gasto aproximado total para el año 2012 fue de \$MX=110,684'723,284.48 de los 430 mil millones de pesos de presupuesto para el sector salud en 2012; representa el 25% de dicho presupuesto.

Bajo estos parámetros “objetivos” “científicos positivistas”, en la construcción de la diabetes no hay mayor espacio para considerar la subjetividad, en el discurso se invisibiliza el motivo de la urgencia, se presenta como un problema biológico, cuando responde a un problema de proyecto económico y financiero que poco o nada tiene de objetivo y científico. De esta manera, el dominio en el que se mueve la práctica clínica no corresponde con las preguntas por la subjetividad, queda sometido al argumento de la objetividad, no importa que la pregunta por la subjetividad sea relevante en el dominio de la medicina por el solo hecho de ser un acto de seres humanos en contacto con otros seres humanos.

Con los datos cuantitativos a los que tiene acceso el ámbito médico, leídos con la formación positivista adquirida en la escuela y en los hospitales, se facilita el desarrollo de médicos intelectuales orgánicos del Estado que al estar frente a frente con el paciente utilizan el argumento de la objetividad como elemento dirigido a conformar la posición subjetiva del otro en una posición que favorezca su obediencia y mansedumbre. El médico es un sujeto con una posición subjetiva frente a la trinidad diabética igual que el paciente, como resultado de la dinámica interna en la cual se encuentran los distintos saberes, en el que con mucha frecuencia predomina la visión del modelo médico hegemónico. Por otro lado, el paciente llega con una posición subjetiva equis en relación a la dinámica diabetes/diabético/diabetizar y se enfrenta al médico de quien se espera que, independientemente de su posición subjetiva, obedezca el mandato institucional y construya un sujeto dócil, obediente.

De esta forma, la clasificación de las cosas como objetivas, el saber objetivo constituido en un argumento para obligar, demarca el territorio de acción del médico como ejecutivo del Estado y el “paciente” como sujeto sujetado a (y por)¹²⁹ dichas relaciones de poder. Sin embargo, nuevos saberes conllevan nuevas relaciones de poder. En este punto creo que hay que tener sumo cuidado, una cosa es profundizar en

¹²⁹ Aquí juego con las raíces latinas que componen la palabra sujetar: el prefijo *sub*, que significa debajo y el verbo *iactare* que es el frecuentativo del verbo *iacere* que significa lanzar. De esta manera, sujeto y sujetado que comparten la raíz latina y que históricamente ha denominado algo que está “puesto debajo” o “someter”, sólo la doxa le puede impedir significar también el ser lanzado desde abajo. Utilizando esta última composición de las palabras, asumo que el sujeto también es lanzado desde las profundidades de la dinámica saber/poder.

un saber y otra muy distinta es la generación de nuevos saberes ¿A qué me refiero? En toda la trayectoria anterior, desde que escribí El oso Guepa hasta mi práctica profesional como médico supe nuevas cosas pero no tuve nuevos saberes, es decir, profundicé en un saber que ya tenía, pero no me pregunté nuevas cosas, mi referencia experiencial no entraba en conflicto con mis saberes, todo lo podía seguir explicando más o menos igual. Es cuando se da un tropo en el saber, cuando se preguntan cosas nuevas, que contradicen los saberes retenidos, que cuestionan aquello que damos por hecho, que incomodan a la doxa¹³⁰, es ahí cuando el saber se produce en la interacción social y en la crisis estructural de la interacción de saberes. Esta crisis estructural, el momento en el que dinámicamente se encuentran los distintos tipos de saber y entran en conflicto, de hecho, el cambio en uno solo de ellos que al cambiar produce un cambio simultáneo en los demás pues altera la dinámica entre ellos, esa crisis digo, genera nuevos saberes y con ello nuevas relaciones de poder.

En esta etapa de mi aproximación a la diabetes, leí un capítulo de un libro editado por la UAM¹³¹ en donde se relacionaba el nivel de marginación de la colonia donde vivían los individuos con un peor control de la diabetes, independientemente del acceso a servicios de salud, medicamentos, e incluso ingreso familiar. Este tipo de resultados no se correspondían con la dinámica de saberes que yo tenía, chocaba directamente con mi construcción de factores de riesgo, cuestionaba profundamente el sentido mismo de mi práctica médica, en resumen: cuestionaba mis métodos de problematización y análisis.

¹³⁰ Doha: "Todo orden establecido tiende a producir... la naturalización de su propia arbitrariedad. De todos los mecanismos destinados a producir este efecto, el más importante y el mejor escondido es sin duda la dialéctica de las oportunidades objetivas y las aspiraciones de los agentes, de la que surge el sentido de los límites, comúnmente llamado sentido de realidad... Los sistemas de clasificación que reproducen... las clases objetivas, i.e. las divisiones por sexo género, o posición en las relaciones de producción, hacen su contribución específica a la reproducción de las relaciones de poder de las que son producto, a través de asegurar la no identificación, y por tanto el reconocimiento, de la arbitrariedad en la que se sustentan... [en donde la correspondencia] entre los mundos natural y social aparece como evidente. A esta experiencia la llamaremos doxa..." (Bourdieu, 1977:164) Citado en Chapela Mendoza, (2007) Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipadora.

¹³¹ Oswaldo Medina y Oliva López (2010) Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México. En M. d. Chapela, En el debate: Diabetes en México. México: Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Cuando comencé a buscar información que relacionara la pobreza con los distintos factores asociados estadísticamente a la diabetes, como la obesidad¹³² y el sedentarismo¹³³, me sorprendió sobremanera que todos ellos se relacionan con la pobreza, pero sobre todo con el territorio ¿qué tenía que ver? En aquel entonces también estaba en un curso de antropología médica y un buen amigo me había prestado textos de psicología social, de tal manera que vi en la psicología social un área de conocimiento con potencial para responderme a la pregunta sobre la subjetividad y la diabetes. Este conflicto de saberes se desató a partir de la lectura de un artículo, pero la lectura de dicho artículo sucedió en un momento de crisis en relación a mi práctica médica y a lo que haría con ella, de tal manera, que el cambio sucedió por la interacción entre el capítulo leído y mi propia dinámica en el proceso de subjetivación.

Pero, en las entrevistas ¿qué puedo ver? ¿Compartimos el proceso de subjetivación? Creo que en algunos aspectos sí, en otros se aprecia la singularidad, pero asumo que en un entorno social en el cual los valores del orden, el progreso, la objetividad y la disciplina giran en torno al individuo, como si éste fuera independiente a la dinámica social, a las decisiones de la política pública, y al resto de las condiciones de vida en las que dicho individuo está inmerso, es condicionado y construido, la medicina positivista juega un papel preponderante en la construcción y el mantenimiento de dicho entorno social, además de que cumple con los valores del orden, en tanto prescriptiva y reguladora de las actividades íntimas y públicas de los individuos, se dice que progresa día con día a pasos agigantados, se sustenta en los valores de la objetividad, aunque no se cuestione sobre el valor de ésta y, finalmente es ejemplo de disciplina y obediencia en su propia función hiper-regulada y jerárquica.

Para mostrar similitudes y singularidades al respecto presento algunos fragmentos de las entrevistas para el cierre del capítulo.

De la entrevista a la señora Elena:

¹³² Ludwig, J., Sanbonmatsu, L., Gennetian, L., Adam, E., Duncan, G. J., Katz, L. F., ... McDade, T. W. (2011) Neighborhoods, Obesity, and Diabetes - A Randomized Social Experiment. The New England Journal of Medicine, 365(16), 1509-1519.

¹³³ Levine, J. A. (2011) Poverty and Obesity in the U.S. Diabetes, 60, 2667-2668.

Rey — No, pero el deterioro, por ejemplo de Jaime, fue mucho más rápido.

Elena — No, y yo batallé mucho con él ¿verdad? Se componía, me lo entregaban, ya lo daban de alta, se componía y ya se iba con sus hermanos en la colonia del sol. No pues allá se daba vuelo con la comida. Comía chicharrón, lo que, lo que le daban. Y otra vez yo ya lo veía que estaba decayendo otra vez, y sí. Al hospital y al hospital, allá duraba yo meses con él en el hospital, me quedaba con él, ya no admitía a nadie, bueno que no se quedara nadie, y yo me quedaba con él allí.

Luis — ¿Todo el día, toda la noche? ¿Todos los días?

Elena — Toda la noche, yo nomás me venía a bañar acá con mi hija a la 20, y ya me regresaba a estar allí con él, una vez que regresé ¿pues no ya se estaba muriendo? Que se le había movido un, un fierro que tenía aquí.

[...]

Elena — Y así, batallé mucho con mi esposo, me tenía yo que atender yo, y atenderlo a él. Así es de que era doble. Yo, yo me paraba, me levantaba a tomarme mi medicina y listo, pero él a inyectarlo, a darle su medicina.

Rey — Pero era bien rejego ¿verdad? Bien necio.

Elena — Uy no, por eso murió tan joven.

Rey — ¿Qué habrá sido hace? Si en el 2000 ya son 13 años ¿cuántos años tenía?

Elena — 52 años.

Rey — Pero parecía un viejtitito.

Elena — Sí, pues se acabó.

Luis — ¿Y a él a qué edad le dio diabetes? ¿Cuánto tiempo duró con la diabetes?

Elena — Pues él fue de una sorpresa, de que iba con su papá, salieron de trabajar y iba con su papá y a su papá lo mató un carro, lo atropelló. Cuando a Martín.

Rey — Cuando a Martín lo atropellaron. Del golpe que se dio, fue de esa vez.

Elena — Él de ahí le vino la diabetes, porque se asustó mucho cuando vio que mataron a su papá el carro, que lo mató y se regresó a su casa y ya dice que iba que se moría de sed y empezó a tomar agua y agua y agua y de ahí le empezó la diabetes, de allí, rápido. Y este.

Luis — ¿O sea que a él le dio antes que a usted?

Elena — No, después.

Luis — ¿Después?

Elena — Después. No, yo ya, ya tenía varios años con la diabetes.

Luis — Mire.

Elena — Sí, yo ya tenía años con la diabetes cuando lo de él, después fue el asunto con él.

La construcción general del concepto diabetes está marcado por la conformación social del propio sujeto, ya decía, por la dinámica de los saberes acerca de la diabetes en este caso y el saber común, el saber experiencial también se construye a través de su experiencia con otros que tienen o tuvieron diabetes, esto configura las relaciones de poder.

En la entrevista con don Isaí, en la colonia Guerrero:

Luis — ¿Cómo fue que le dio diabetes don Isaí?

Don Isaí — Pues me fui con mi compadre al pueblo, a bautizar a una su chiquita, mi ahijada, y pues ya allá, con la fiesta nos pusimos..., (haciendo bizcos y señales de borrachera), no pero hasta atrás doctor, de veras hasta atrás, porque fue fiesta grande, nos agarramos todo el fin de semana para hacer el bautizo y así (señalaba sobre la barra de la fonda y a una altura de 50cm más o menos) así eran las garrafas de tequila y mezcal que llevamos para la fiesta y sí, tomé hartó doctor. Y el domingo amanecí con una sed y un dolor de cabeza, ay, no aguantaba yo y me prendía así (señalando con ambas manos como si tomara un depósito grande), así me agarraba de los botellones de agua y no se me quitaba la sed y a orine y orine y a tome y tome agua y no se me quitaba, tenía la boca seca, seca.

Luis — ¿Qué hizo entonces don Isaí?

Don Isaí — No, pues ya nos regresamos para acá y yo no me recuperaba, y sí hacía dieta y todo pero parecía zombi, venía y me sentaba ahí nomás (señalando la mesa que normalmente ocupa para comer) y los miércoles eran los peores porque mi señora se va, ese día no está aquí y pues yo me tengo que aguantar todo el día y no sé cómo, pero yo aguantaba y aquí me estaba, pero sí era muy pesadísimo.

Luis — ¿Y no fue al doctor?

Don Isaí — No, eso ya fue después, porque con la diabetes perdí un montón de peso, pero como 9 ó 10 kilos en un mes.

Luis — ¡Pero eso es muchísimo!

Don Isaí — Pues sí, pero como el doctor me había dicho que necesitaba bajar de peso y yo ya estaba bajando..., pero lo malo es que no tenía

fuerza de nada doctor, pero de verdad de nada, había días que no me podía levantar para venir a trabajar y eso sí ya me empezó a preocupar, porque pues hay que trabajar ¿verdad? Si no ¿cómo le hace uno?

De este modo, el concepto de diabetes que el sujeto tiene en cada momento de su historia, es decir la posición subjetiva que adopta frente a la diabetes, construye conceptualizaciones categóricas más generales como la salud, la familia, la asignación y apropiación de roles, las fronteras y la dimensión de lo social y el concepto mismo del valor y propósito de la vida en su conjunto. Pero estas conceptualizaciones categóricas también determinan los márgenes de posibilidad que tiene el sujeto para su propia construcción del concepto diabetes, construido desde su posición subjetiva general.

La perturbación provocada por el diagnóstico médico de diabetes depende de la interacción del sujeto y su posición subjetiva al respecto y la forma en la que dicho sujeto entra en contacto con el diagnóstico, es decir, la forma en la que lo recibe, forma en la que participa el médico que lo da, pero también el ambiente, el dispositivo en su conjunto actuando en la conformación del diagnóstico mismo y potencializando las posibilidades de perturbación, que a veces se da y otras no, como en el caso del sr. Pedro en la segunda entrevista grupal, cuando dice:

Pedro — Yo no sabía lo que era la diabetes, pero me llegó. Yo hace unos once o doce años tenía un negocio, y me asaltaron, me dieron un balazo en un brazo y me robaron lo que quisieron. Fui a parar a un hospital, y ahí en el hospital me picaban todos los días, dos o tres días, cuatro o cinco piquetes en el mismo día, pero no me decían, es lo malo de los hospitales. Me preguntaron que si alguno de mis familiares, o mis padres habían sido diabéticos, yo les dije que ninguno, y yo de ahí saqué la conclusión de que a lo mejor tenía diabetes, porque no se me bajaba el azúcar... Pero no me decían. Yo estaba ahí como... y estaba ahí enchufado, no sé ni cómo estaba ahí, 'ora sí que estuve como quince días internado y ya cuando salí de ahí, mal, por cierto, de todo, porque yo pues moralmente salí muy

malo de allí y económicamente también. Enfermo también pues, porque, incluso ahí salí con deuda del hospital, salí debiendo como 300 mil pesos, aparte de lo que había pagado, y tuve que pagarlo. No, daba como 15 mil pesos mensuales después de que salí de ahí, no sé cómo le hice, pero como en tres años pagué. Posteriormente, pues yo no venía aquí, yo no conocía a nadie en el centro de salud, y posteriormente me vine aquí porque me dijeron que viniera aquí, y vine y en ese tiempo estaban vacunado contra la influenza, y yo vine a que me vacunaran y ya de ahí el doctor Méndez fue quien me dijo que yo tenía diabetes, me dijo ¿usted es diabético? No, que yo sepa no. Sí, me dijo vaya a que lo vacunen y pasa a que lo cheque yo. Pasé a checar me y sí tenía 180 de azúcar. Usted es diabético, y desde ahí me pusieron ese título. Y desde ahí estoy aquí

Patricia — Ya se le quedó el título (algunas risas)

Luis — ¿Usted acepta el título?

Pedro — Pues, no muy bien, doctor. Así a medias, porque en realidad yo no me siento mal, no siento como me decían, que la boca seca, que ir al baño seguido, no, nada de eso, ni en las noches me levanto.

La propia construcción de lo que significa para sí mismo la diabetes, se realiza desde la propia experiencia del sujeto y la congruencia entre lo que cree y lo que vive. Esto se hace evidente al observar lo que dicen en relación al antes y después de la diabetes, en algunos casos no reconocen diferencia entre el antes y el después, aunque sus prácticas sean diferentes, en otros casos sí se reconocen las diferencias y son explícitas.

En todo caso, la medicina y específicamente el modelo médico hegemónico no es la única fuente de subjetivación, es una más en una maraña de dispositivos congruentes, de instituciones¹³⁴, de dispositivos que constriñen, limitan, moldean y construyen sujetos. De hecho, las formas de atención alternativa también son moldeadoras de sujetos, la

¹³⁴ Tomando la idea de Foucault cuando dice “*Todo lo que en una sociedad funciona como sistema de constricciones, sin ser un enunciado; en suma, todo lo social no discursivo es la institución*”

mayoría de ellos responden a lógicas discursivas epistémicas que en algún momento y/o lugar fueron hegemónicas¹³⁵. En el interjuego de la construcción de subjetividades participan las construcciones conceptuales de la familia, el dinero, Dios, lo social, el Estado, la hombría, lo femenino. Esto queda en evidencia durante las entrevistas, sobre todo las individuales, en donde surgen ese tipo de temas como relacionados directamente con el problema de la diabetes.

En las entrevistas individuales se notan y resaltan las instituciones hablando a través del sujeto, a veces de una forma singular y a veces parece la repetición automática de un discurso aprendido de memoria. De este modo, preguntar sobre la diabetes y explorar la posición subjetiva que tiene el individuo al respecto permite ver la relación de los saberes, y por lo tanto un aspecto de la dinámica en las relaciones de poder, si las relaciones de poder configuran y están configuradas en lo político, entonces es susceptible de estudiar en esto la construcción de lo político desde la experiencia del sujeto y la construcción del sujeto desde lo político. Ante estas manifestaciones me pregunté ¿dónde están las relaciones? ¿Se construye lo social en lo individual o el individuo es únicamente una proyección de lo social? Con el trabajo de campo recorrido hasta el momento de las entrevistas individuales no tenía material con el cual pensar sobre esto, pero el trabajo de observación en la fonda Las Brisas me aportó algunos elementos.

¹³⁵ De las mencionadas en este trabajo sólo la homeopatía no ha sido hegemónica, aunque cuenta con el reconocimiento oficial y se expiden cédulas a médicas y médicos homeópatas.

El juego de los espejos

La construcción de un nuevo saber modifica necesariamente las relaciones de poder, esa es la base del saber/poder. Cuando se genera un cambio en la lógica discursiva del sujeto, éste produce nuevas posiciones subjetivas, hay un cambio cualitativo en el sujeto, que incide directamente en el proceso de subjetivación. Hasta este punto las aportaciones de Foucault permiten avistar la relación del saber/poder con el proceso de subjetivación, con la conformación de subjetividades. En el concepto foucaultiano de la experiencia, ésta es *“algo de lo que se sale transformado”*,¹³⁶ siguiendo el hilo de esta idea, al centro de una discusión entre la fenomenología y la experiencia aparece el concepto de des-subjetivación, una experiencia al límite de lo vivible que lleva a la disociación del sujeto, a su anulación.¹³⁷ Este concepto de la experiencia desubjetivante resulta interesante para analizar el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, ya que Foucault habla de la experiencia límite desde “Las palabras y las cosas” cuando dice:

*“Y si soñamos que la enfermedad es, a la vez, el desorden, la peligrosa alteridad en el cuerpo humano que llega hasta el corazón mismo de la vida, pero también un fenómeno natural que tiene sus regularidades, sus semejanzas y sus tipos, veremos qué lugar podría ocupar una arqueología de la mirada médica. De la experiencia límite del Otro a las formas constitutivas del saber médico y de éste al orden de las cosas y al pensamiento de lo Mismo...”*¹³⁸

¹³⁶ Duccio Trombadori. (2010) Conversaciones con Foucault. Pensamientos, obras, omisiones del último maître-à-penser, Amorrortu, Buenos Aires, pp.42

¹³⁷ Foucault: “Además, la fenomenología trata de captar el significado de la experiencia cotidiana para reafirmar el carácter fundador del sujeto, del yo, de sus funciones trascendentales. Por el contrario, la experiencia según Nietzsche, Blanchot, Bataille tiene, antes bien, el cometido de «arrancar» al sujeto de sí mismo, haciendo que deje de ser tal, o que sea completamente otro de sí, que llegue a su anulación, a su disociación. Esta empresa de-subjetivadora, la idea de una «experiencia límite», que arranca al sujeto de sí mismo, es la lección fundamental que aprendí de estos autores...” Ib cit pp 45

¹³⁸ Michel Foucault (1968) Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas, Siglo XXI Editores, Buenos Aires. pp 9

Aunque cuando dice esto está hablando de la locura, la tentación de homologarlo con la diabetes es fuerte. De esta manera, al buscar más sobre el concepto, parece desvanecerse, mi interés de proponer un proceso de subjetivación queda fuera de los escritos de Foucault a mi alcance, sin embargo, la pregunta de investigación busca respuesta y de eso trata esta Idónea Comunicación de Resultados.

Algo que queda claro hasta este punto es que el problema tiene que ver con lo Mismo y con lo Otro, pero ¿acaso no es nuestro propio reflejo lo que vemos cuando observamos al otro? Considero un principio epistemológico que los conceptos y categorías se definen a partir de sus contrarios¹³⁹, de tal manera que lo Mismo se define en la frontera de cuando se niega a sí mismo, es decir, cuando deja de serlo, cuando se vuelve lo Otro.

Entonces ¿los cambios en la posición subjetiva son necesariamente cambios en el medio? No, no necesariamente. Aunque la interacción con el medio sea el origen primero de este cambio, la modificación de la posición subjetiva se da necesariamente de forma individual, nace en la singularidad del sujeto, pero es una consecuencia social. Si un sujeto lo es en la medida en la que se proyecta y genera poder, entonces ese sujeto se transforma cuando dichas relaciones de poder se modifican, es una trans-subjetivación, una transformación en el proceso de subjetivación, no sólo en la posición subjetiva. Asumiendo que la subjetividad es un proceso y que dicho proceso es dinámico y complejo, resulta comprensible que los cambios se presenten en condiciones críticas del sistema más que por perturbaciones del medio, de tal modo que los cambios pueden ser tan pequeños que sean absorbidos por la estructura general. Pueden manifestar un cambio de fase¹⁴⁰ que genere un reordenamiento de las posiciones subjetivas

¹³⁹ Ley de la negación como principio lógico de la dialéctica. Alexandr Gerogievich Spirkin (1969), Materialismo dialéctico y lógica dialéctica. Editorial Grijalbo, México, DF.

¹⁴⁰ Fase: cualidades relacionales de los elementos de un sistema, la manera en la que interactúan y se acomodan. Querida lectora, apreciado lector, permíteme ejemplificar el concepto “fase” con aglutinaciones de H₂O: Si consideramos una molécula de H₂O aislada, esta molécula no tiene en sí una fase o estado material, no es gas, ni líquido ni sólido pues esa es una cualidad que no le pertenece a la molécula sino a la interacción con muchas otras. Siguiendo esta línea, si agrupamos en un mismo espacio muchas moléculas de H₂O según las condiciones de temperatura y presión se favorecerá un estado particular, por ejemplo, si sometemos el aglomerado molecular a 1 atmósfera de presión y 21º Centígrados, se favorece una fase líquida (agua) y si mantenemos la presión pero movemos la temperatura a -1º C se favorecerá una fase sólida (hielo). Las moléculas de agua no cambian, es la relación prevalente entre ellas lo que se modifica, convirtiéndose en otra cosa, pasando de vapor a agua o hielo, e incluso coexistiendo las tres fases en momentos determinados.

concurrentes en un sujeto sobre distintas instituciones en una forma similar, en cuyo caso el cambio sería poco notable, o puede generar un cambio drástico en el sistema, a través de un cambio de fase en el que el sistema por sí mismo cambie tanto que deje de ser lo que era y se convierta en otra cosa, en este caso, que se convierta en otro sujeto¹⁴¹, con un proceso de subjetivación radicalmente distinto. A este caso extremo le llamo des-subjetivación, cuando el sujeto ha dejado de ser quien era, ha dejado de funcionar como lo hacía en la red de relaciones de poder en las que se desarrollaba y dichas redes no pueden contener el cambio y ante lo cual o cambia la dinámica social o excluye al sujeto. Por otro lado, cuando ha cambiado el proceso de subjetivación en términos de su dinámica interna, pero el cambio no ha alterado la configuración de redes de poder con las que se relacionan, o en todo caso dicha red ha podido contener el cambio, entonces lo llamo trans-subjetivación. En ambos casos el resultado es una nueva postura en las relaciones de poder desencadenada por nuevos saberes.

Tomemos, por ejemplo, la historia del señor Pedro, e imaginemos por un momento el sujeto que era antes del asalto. Consideremos que algo que puede identificarlo sujeto es la posición subjetiva que guardaba ante cada institución y la interrelación que existía entre éstas, es decir: ¿qué posición subjetiva tenía frente a la familia, el dinero, la salud, el Estado, la medicina, el género, la educación? ¿De qué manera su posición subjetiva ante la salud constituía su propia posición frente al resto de instituciones? Aquí parto del supuesto de que ante cada institución se guarda una posición particular, que ésta a su vez condiciona la postura que se tiene ante las demás y que las relaciones interinstitucionales particulares que tiene el sujeto en un momento determinado constituyen un sistema complejo, susceptible de ser conceptualizado estructuralmente, que presenta una dinámica propia¹⁴² en la interrelación de sus componentes constituyendo un sistema del que emerge el sujeto, dándole un carácter singular e irrepetible.

¹⁴¹ En la definición de sujeto asumo que es una unidad ontogénicamente congruente en la que se asienta la conciencia de sí, de este modo, cuando se pierde la congruencia ontogénica no podemos seguir hablando del mismo sujeto.

¹⁴² Tomo la idea del estructuralismo dinámico (Miramontes, 1999)

En el caso propuesto del señor Pedro ¿podemos hablar de una experiencia límite desubjetivante en términos foucoulbianos? No tengo elementos para construirlo de esa manera. Visto en la distancia temporal puedo decir que es otro sujeto, pero de eso a asumir que el asalto o la diabetes produjeron la experiencia límite hay un trecho imposible de salvar dignamente, es más, ni siquiera me atrevería a asegurar que hubo tal experiencia límite. Sin embargo, me interesa sobremanera aproximarme a un cambio que se me antoja evidente ¿qué cambió en él que lo hace distinto? En su historia podemos identificar un cambio en sus redes sociales y en sus relaciones de poder, dejó de ser dueño de un establecimiento mercantil con el que salvaba las necesidades familiares, aunque el cierre no sucedió de un día al otro, pero identifica el asalto y las condiciones de salud posteriores a éste como factores desencadenantes, aunque la diabetes parecía estar presente desde su hospitalización ésta no fue importante hasta que llegó al Centro de Salud; que llegó al mismo porque no tenía recursos económicos para seguir atendiéndose en el hospital privado y sus relaciones sociales (el entorno social que le da contención) cambió drásticamente a pesar de mantenerse en el mismo territorio. En este caso particular la diabetes tomó importancia en un momento crítico de su vida y aún al momento de las entrevistas le niega importancia a pesar de ser ese el argumento para asistir todos los miércoles a las reuniones del grupo.

A partir del asalto y los cambios subsecuentes en sus condiciones de vida material/simbólica, el señor Pedro puso en duda su saber sobre lo trascendente, la importancia del dinero, la salud, la honestidad, el Estado y la familia. Puedo decir que aquí hubo una reconfiguración de las posiciones subjetivas interinstitucionales, haciendo visible un cambio cualitativo. También puedo agregar que ante el diagnóstico médico de diabetes sucedió algo similar, un cuestionamiento serio sobre sus saberes que permitió la reconfiguración de las posiciones subjetivas ante las instituciones, y que le permitió cambiar su dinámica cotidiana, establecer nuevas relaciones vinculares y acudir semanalmente al grupo de “ayuda mutua”.

Me parece importante remarcar que los nuevos saberes son necesariamente sociales, que dichos saberes pueden o no entrar en conflicto con la dinámica de saberes que el sujeto vive en cuanto a su proceso de subjetivación, que cuando entran en

conflicto pueden o no cambiar la dinámica de los saberes entre sí y que en caso de cambiar la dinámica, aunque el sujeto cambie, la relación con lo social será lo que nos permita ver si se trata de un momento distinto del mismo proceso de subjetivación, si es una trans-subjetivación o si se trata de una des-subjetivación. En todo caso, el nuevo saber nace en la ruptura de la doxa del sujeto, lo cual cambia la dinámica del proceso de subjetivación y puede reconfigurar la dinámica de saberes. Digamos que singulariza el colectivo de saberes sociales proyectados sobre sí, lo cual puede conducir o no a un nuevo estado de subjetivación (trans-subjetivación o des-subjetivación).

Si el camino al cambio se realiza con la construcción de nuevos saberes y los saberes son sociales, pero el cambio se gesta en los procesos de subjetivación del sujeto al entrar en conflicto la dinámica de saberes, me pregunto ¿cuál es el camino de lo grupal a lo singular? ¿Cuál de lo singular a lo grupal? ¿Existe una lógica discursiva en el grupo que sea susceptible de identificarse como conformadora de sujetos? Mi postura ante estas preguntas es que sí, hay caminos que conectan lo grupal con lo singular y esos caminos son de ida y vuelta, no es uno, son varios, todos ellos restringidos por la forma en que el grupo singulariza la dinámica y por las posibilidades singulares de sus integrantes.

La fonda Las Brisas se encuentra en la colonia Guerrero. Para fines de esta parte de la Idónea Comunicación de Resultados, apunto únicamente lo que observé de la dinámica que me llamó la atención en términos del proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes. El movimiento de gente en la fonda es relativamente regular, la misma gente en los mismos horarios, los mismos días.

Me llamó la atención que la dinámica de quiénes se sientan en qué sitios está estrechamente relacionada con la antigüedad de la clientela, de tal manera que los clientes más antiguos se sientan cerca de los ventanales, los de carrera intermedia nos sentamos en medio y los ocasionales, la peña que no es habitual se sienta al fondo. Esta distribución de la clientela se ve reforzada por la generación de vínculos que realiza la sobrina de don Isaí, que es la mesera estrella de la clientela más añeja, a ella le corresponde atender a los clientes asiduos, a los que suele saludar de nombre y conocer sus necesidades especiales si es que las requieren.

En este punto, resulta interesante resaltar que las personas que tienen diabetes, la mayoría de ellas ya son conocidas por los dueños y por la mesera, de tal manera que Luz, la mesera, los atiende con deferencia, llevándoles agua simple, sugiriéndoles los platillos del menú que ella considera mejores para el caso, absteniéndose de llevarles el postre e incluso en alguna ocasión dándoles uno especial (sin azúcar). También es necesario aclarar que no se limita a las personas que tienen diabetes, la atención es esmerada y cuidadosa. Por ejemplo, a la señora Mercedes le lleva el pollo deshebrado, no le da arroz pero le pone más verdura en el consomé, la señora Mercedes tiene dificultad para masticar e ignoro si tiene algún otro problema de salud.

La deferencia en el trato hace que por poco observador que sea quien llegue a la fonda, después de cierto número de veces, empiece a identificar a estos personajes y a imaginarse el motivo de la atención diferenciada, de esta manera empecé a notar que las personas que tenían diabetes (estas sí, específicamente diabetes) tal vez porque era lo que a mí me interesaba. Decía pues, que las personas que tienen diabetes tienden a sentarse en espacios más próximos e interactúan sistemáticamente, al menos saludarse al llegar y despedirse al retirarse.

Se nota poca plática entre ellos, pero indudablemente por poca que sea es más que con los demás comensales de la fonda. ¿De qué tratan sus conversaciones? Creo que puedo encontrar al menos tres giros principales. La mayoría de ellos llegan con sus familiares, lo cual propicia una dinámica donde los familiares de uno conocen a los del otro, de tal manera, que cuando han pasado varios días y no se han encontrado, o cuando coinciden y falta alguno de los “enfermitos” los familiares preguntan a los otros por su “enfermito” o su “mami” o “papi” según sea el caso¹⁴³. Luego está el consejo solidario, la recurrencia de consejos sobre cómo resolver los problemas de lo cotidiano en general, por supuesto los consejos no se limitan a la diabetes, aunque suele ser tema recurrente, consejos sobre cómo hablarle a los médicos, cómo conseguir una cita, dónde conseguir un medicamento más económico, cómo y qué comer. Finalmente pero no menos importante, la broma, el chiste sobre la propia condición o la comparación con

¹⁴³ El uso de diminutivos es muy extendido, llegando a escuchar frases como ¿y cómo está haciendo popocita su mamacita? Creo que puede ser motivo de investigación esta forma de usar los diminutivos, sobre todo al referirse a los enfermos ¿será porque somos mexicanitos?

alguien que está peor que uno a modo de guaza, con la sana intención de aliviar al enfermo, de hacer agradable el momento, aunque en ocasiones se producen silencios incómodos cuando la broma o el comentario no cae bien, pero nunca los vi discutir por un mal entendido en esas cuestiones.

De esta manera me pregunté por la formación de vínculos a partir de la diabetes ¿pueden formarse vínculos a partir de la diabetes como problema? Es decir, los vínculos ya están materializados, los individuos compartimos un sinfín de cosas, aquellos que acudimos a la fonda de Las Brisas coincidimos en una serie de aspectos de tal manera que somos susceptibles de asistir con regularidad a dicho lugar, creo que eso es más o menos claro, pero ¿la diabetes?, digamos la idea de vivir algo común ¿favorece la formación de vínculos?

Mi respuesta es sí. La experiencia común en un lugar común genera vínculos, los individuos generamos empatía hacia aquellos que sabemos que tienen experiencias similares a la nuestra. Las formas sociales pueden pervivir porque se basan en la cooperación, en el altruismo social, se construyen en la confianza. Esto no quiere decir que las relaciones entre individuos sean todo amor y comprensión, evidentemente no es así, basta voltear al contexto político e histórico en el que se inscribe este trabajo para preguntarse si no estoy encerrado en una discusión bizantina mientras se combate en una de las convulsiones armadas más intensas que ha tenido el país a lo largo de su historia¹⁴⁴. No hablo de un mundo ideal donde todos los seres humanos se aman, no, hablo de un ámbito social en el que las relaciones predominantes son relaciones solidarias, empáticas, construidas en la confianza¹⁴⁵, el hecho de que la humanidad sobreviva como colectivo conforma la evidencia más clara de que esto es así, de otra manera serían imposibles las aglomeraciones humanas.

¿Qué aspectos generan los vínculos? Apuntaba líneas arriba, que la atención a las personas con diabetes se concreta en prácticas cotidianas distinguibles de las de aquellos sin diabetes. Las prácticas cotidianas son manifestación de problematizaciones

¹⁴⁴ Esta pregunta no será trabajada en esta idónea comunicación de resultados.

¹⁴⁵ (Maturana Romesín & Varela García, El árbol del conocimiento. Las bases del entendimiento humano, 2003 [1984])

y de posiciones subjetivas, identificar en el otro prácticas cotidianas similares a las propias implica necesariamente coincidencias en las formas de problematizar, implica similitud en las posiciones subjetivas, que al menos abre la posibilidad de coincidir en la posición en el campo social. Compartir el espacio físico y las prácticas cotidianas aumenta las posibilidades de encontrar en el otro a un semejante.

Por otro lado, la similitud en las prácticas cotidianas produce nuevas tecnologías, tecnologías entendidas en el más puro sentido aristotélico, como acciones a partir de las cuales el ser humano produce una realidad que antes no existía. Es en las prácticas cotidianas donde la diabetes adquiere cuerpo, se vuelve tangible, concreta, forma parte de la realidad y deja de ser un fantasma que recorre el continente posmoderno para convertirse en algo concreto que cambia las prácticas cotidianas, el cuidado de sí. De esta manera, se genera un vínculo, una liga que favorece la identificación y la función colectiva, que nos re-liga. La diabetes se convierte en una realidad común que nos religa con su propia dinámica, bajo sus propios términos dejándonos la tentación de decir *“venga a nos el tu reino”*¹⁴⁶, desarmados. Asumir que la realidad es así, que la diabetes es en sí misma y que existe independientemente de nosotros, sin cuestionarnos ¿quién y cómo construyó esa realidad? ¿Dónde nace ese supuesto saber? La existencia concreta de una unidad conceptual tal como la diabetes ¿qué beneficios aporta y a quién? Asumirlo así, decía, permite y construye las relaciones de poder en la manera en la que están: favoreciendo el acúmulo de poder en aquellos que de por sí lo acumulan. Mantener el saber sin cuestionarlo funciona a favor de la hegemonía cuando se trata de conceptos que han nacido de su propia dinámica.

¿Quién hace al tuerto galán/ y prudente al sin consejo?/ ¿Quién al avariento viejo/ le sirve de Río Jordán?/ ¿Quién hace de piedras pan,/ sin ser el Dios verdadero? Escribió Quevedo en su letrilla satírica sobre la pobreza y el dinero. ¿Juega la institución del dinero en los vínculos que se establecen a partir de las prácticas en la fonda de Las Brisas? Seguro que sí, el dinero como institución, como constrictor no discursivo de las prácticas marca, marca tanto como la falta de éste para resolver problemas ¿a qué me refiero? Durante la observación me dio la impresión de que los seres humanos buscamos

¹⁴⁶ A modo de paráfrasis con el poema “Un padre nuestro latinoamericano” de Mario Benedetti.

la forma de resolver los problemas que conceptualizamos, que la forma de resolverlos depende del lugar que tenemos en las relaciones de poder, que en el sistema capitalista la sola posesión de dinero otorga capacidad y poder, pero que el poder no se limita a lo monetario, definitivamente no es la única fuente de poder, los vínculos sociales también significan poder, la adhesión de los individuos genera y favorece situaciones de poder donde el dinero pierde parte del poder. Así me parece que es el barrio de la Guerrero, un territorio donde los vínculos sociales permiten resolver una serie de problemas que de otra manera difícilmente podrían tener solución y me parece que la diabetes no es la excepción. Hablo de la diabetes por ser el tema que me ocupa en este trabajo, pero desde luego no se limita a ésta. En el barrio muchos de los problemas de los individuos son asumidos, al menos parcialmente, por la comunidad.

Por otro lado, me llama la atención la participación de la sobrina de don Isaí, que en su función de mesera articula y regula las prácticas ¿si ella no atendiera a la concurrencia como lo hace, de todas maneras se darían estos vínculos? Seguramente sí, pero definitivamente tendrían una dinámica distinta, la forma en la que Luz atiende a la clientela favorece ciertos tipos de interacción. Por supuesto no es solamente esto, la distribución espacial de las mesas, el entorno social y muchas otras cosas intervienen, pero me parece un elemento central en la promoción de las relaciones entre personas con prácticas de alimentación común, que casualmente también tienen en común el diagnóstico médico de diabetes.

Conclusiones

El recorrido histórico del trabajo de investigación, es decir, la formación teórica dentro y fuera de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones (MPSGI); la intervención a través de los dispositivos en las entrevistas individuales y grupales; así como la discusión para el análisis ulterior y la redacción misma de la Idónea Comunicación de Resultados, me permite identificar algunos cambios cualitativos de los que quiero dar cuenta y otros que me quedo para mis adentros.

En este punto, debo aclarar que el camino para hacer el análisis y a través del cual llegué a este apartado (conclusiones) no fue un trayecto solitario. Es resultado de la discusión con personas vivas como: mi directora, lectoras, familiares y amigos, así como de no vivos —o vivos no presentes— como Foucault, Maturana, Agamben y otros teóricos. De tal manera que, lo que de aquí emana no es producto únicamente de mi trabajo, es el resultado de la dinámica social en la que me encontré a lo largo de la MPSGI y las condiciones sociales, materiales y simbólicas en las que me desarrollé, y que me constituyen.

El análisis de las instituciones en la vida psíquica del sujeto era algo completamente insospechado para mí, pretender hacer dicho análisis en la dinámica del grupo quedaba aún más lejos. Mi trayectoria ocupacional en el trabajo con grupos de intervención en salud, hasta antes de cursar la MPSGI, me había permitido elaborar preguntas sobre la dinámica de los grupos y eso me facilitó las cosas. Sin embargo, ya en “el campo”, en la interacción con el grupo de “*ayuda mutua*” del Centro de Salud de La Malinche, me di cuenta que la dinámica grupal es iterativa, o sea, se puede identificar un bloque de ideas y comportamientos recurrentes en cada entrevista por separado y en el conjunto de las entrevistas grupales.

Para el análisis de lo grupal se puede hacer a través de los elementos del cono invertido que propone Pichón Riviére, y leer desde lo manifiesto la posición del grupo en cuanto a la afiliación y pertenencia, comunicación, cooperación, aprendizaje, pertinencia y telé. Sin embargo, aunque los vectores de la dinámica grupal eran susceptibles de ser analizados, resultaban más un distractor que un elemento para analizar el proceso de

subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, de esta manera decidí abordar inicialmente la experiencia misma de las entrevistas. En éstas identifiqué que las personas tienen distintas posiciones subjetivas frente al concepto de diabetes, y que este concepto está estrechamente ligado al concepto 'diabético' y al imaginario de las acciones y cuidados que debe tener el diabético, a lo cual llamo *diabetizar*. Constituyendo así una trinidad inseparable, donde cada elemento es todo por sí mismo y al mismo tiempo constituye los otros dos, conformando el concepto *diabetes/diabético/diabetizar*.

También encontré que los sujetos juegan roles al interior del grupo, y que tales roles se mantienen históricamente, de tal manera que la voz oficial es mantenida por un grupo identificable de sujetos; mientras que, la voz de la resistencia, quienes rompen el discurso son otros, también identificables; entre ellos hay una serie de matices, alianzas y rejuegos que mantienen la dinámica del grupo y la discusión al interior, a pesar de que no se han constituido un grupo de análisis, éste se da en la interacción.

En el desarrollo de la Idónea Comunicación de Resultados (ICR), llegué a una primera caracterización del proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes que lo hace susceptible de ser analizado como un sistema dinámico complejo, para intentar su abordaje desde allí. Esto me permite pensar que, el sujeto que recibe el diagnóstico médico de diabetes puede o no sufrir cambios en su proceso de subjetivación. Esto no depende del diagnóstico en sí, ni siquiera de la forma en la que se da, aunque cuando se presenta el cambio esto influya. Depende fundamentalmente de la posición subjetiva que el sujeto tiene frente a la trinidad *diabetes/diabético/diabetizar*. Los procesos de subjetivación se dan al interior del proceso mismo. Podemos entenderlos en términos de la estabilidad del sistema mismo, sin embargo, este sistema no es cerrado, interactúa con otros sistemas y la relación con éstos lo configura y define. Pudiendo analizar así las relaciones de saber/poder que vive el sujeto, discursivas y no discursivas, es decir, epistémicas e institucionales en las que se ha constituido y lo constituyen, resultan fundamentales para comprender el desarrollo y los movimientos que se pueden presentar en el proceso de subjetivación.

El andamiaje teórico adquirido en la maestría me dio el soporte para arrancar la investigación. Al intentar comprender lo que estaba observando, recurrí a teóricos que

no tocamos en la formación teórica y que me resultaron fundamentales para discutir el proceso de subjetivación a partir del diagnóstico médico de diabetes, ellos son: Humberto Maturana, los estructuralistas dinámicos (Pedro Miramontes, José Luis Gutiérrez y Germinal Cocho, por mencionar algunos) y la lógica dialéctica presentada por Spirkin, fundamental para saltar de las luchas de contrarios a la totalidad.

Todo esto me ha constituido sujeto, asumiéndome hoy con una postura científica más clara que al comenzar el curso, identificando algunas brechas y puentes entre las llamadas ciencias sociales y las biológicas. Pero sobre todo, asumiendo la importancia de la transdisciplinareidad, la integración del conocimiento parcelado, unido en la praxis, presente todo él en la unidad de la totalidad, ante una realidad que no tiene fracturas disciplinares.

Lo que se puede desprender de esta ICR y proyectarse hacia las ciencias sociales es lo siguiente: la relación entre el sujeto y lo social, la contención de lo social en el sujeto y las posibilidades y capacidades de cambio que tiene el sujeto en la transformación de lo social. Creo que hacemos desde lo construido, nos hacemos humanos en el entorno humano, nos hacemos entes sociales, configurados por las condiciones de nuestro colectivo y al mismo tiempo nos construimos haciendo, de esta manera parece cerrarse el bucle sin posibilidad a la escapatoria, si hacemos desde lo construido y nos construimos haciendo ¿dónde queda la posibilidad de cambio? Con base en lo encontrado en esta investigación, a partir del diálogo entre lo encontrado en el campo y el andamiaje teórico, puedo decir que, al menos una posibilidad, está en la búsqueda de nuevos saberes, no necesariamente en la profundización de lo ya sabido, sino en el cuestionamiento sistemático de nuestra propia forma de entender las cosas, de entender a los otros, a nosotros mismos. Nuestra posibilidad de cambio está en la construcción de nuestros propios métodos de comprensión del mundo, de interacción con él, en la configuración de las vías de interacción entre nuestra subjetividad y el dominio de perturbaciones con las que podemos interactuar, esta idea puede conformar, por sí misma, una línea de investigación social que arroje luz sobre la construcción de subjetividades y la transformación de sociedades.

En términos de la intervención social y la intervención clínica, creo que el presente trabajo también tiene elementos que aportar. Si conceptualizamos al sujeto como: conformado en una red de posiciones subjetivas ante las instituciones que lo constituyen, que dichas posiciones se mueven permanentemente en función de la experiencia y los saberes y que el movimiento en una de ellas constituye una perturbación de las demás. Entonces, podemos participar del cambio cuestionando lo dado por hecho, analizando las relaciones interinstitucionales, atendiendo las fracturas de la doxa y acompañando al sujeto en la construcción de su andamiaje teórico desde su práctica cotidiana de vida, desde su posición en el campo social simbólico y material. “*Nadie obedece mejor que cuando se obedece a sí mismo*” apunta Lem en “*La Ciberiada*” ¿Podemos, como seres humanos en interrelación con otros seres humanos, apuntalar la constitución de sujetos respetando las características que lo hacen ser quien es en su otredad, con un respeto legítimo y sincero, evitando la imposición y la manipulación? Yo creo que sí.

Considero que estas conclusiones quedarían truncas, si no incluyera la repercusión de este trabajo en la práctica clínica. De esto, no puedo decir más que lo que he experimentado como médico formado en la MPSGI y lo que ha significado en mis relaciones profesionales. En este aspecto, me ha resultado trascendental comprender la diabetes como una caracterización de un proceso fisiológico, mismo que responde a las características particulares del sujeto —físicas/psíquicas/sociales—, de tal suerte que, puedo ver algo de la interrelación entre la manera en la que vive el sujeto, lo que esto condiciona en términos de alimentación, relaciones personales, la noción de sí mismo como parte del mundo y su papel en éste. Esta manera de aproximarme a una situación fisiológica, más o menos deseable, ha modificado mi forma de ver la acción de los fármacos, la intervención psicológica y las sugerencias de modificación de prácticas de cuidado de sí. Asumiendo que estos cambios repercutirán, necesariamente, en su entorno social y material, de tal manera que antes de sugerir cualquier cambio hago una exploración de las posibles repercusiones en el sujeto y su relación con el mundo.

El panorama a futuro de una constitución masiva de sujetos, formados de manera transdisciplinar, se antoja lejano. La dinámica política neoliberal conduce más bien en sentido contrario, la lógica del saber hegemónico es contraria a la transdisciplinareidad

y la conceptualización de la complejidad. Esto no quita la importancia que tiene para el desarrollo social la formación de profesionales sistémicos con capacidad de integrar, de completar los pasos de análisis y síntesis, en un ambiente en el que al parecer sólo se promueve el análisis y se impide la síntesis.

Bibliografía

- Bryan, C. P. (1930). *The Papyrus Ebers Translated from the German Version*. Letchworth, Herts: The Garden City Press LTD.
- Cañadell, V. (1980). *El libro de la diabetes*. Barcelona: Jims.
- Chapela Mendoza, M. d. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipadora. In E. Guinsberg, & E. Jarillo, *La salud colectiva en México. Temas y desafíos* (pp. 347-373). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Chiquete, E., Nuño González, P., & Panduro Cerda, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, 3, 5-10.
- de Brasi, M., Lorenzo, L., & Lucato, L. (1985). Concepción operativa de grupo. *Papeles del psicólogo*(19).
- De la Cruz, M. (1991). *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. Manuscrito azteca de 1552 Según traducción latina de Juan Badiano*. México: Fondo de Cultura Económica. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Del Río, E. (1975). *El yerberito ilustrado*. México: Posada SA.
- Federación Internacional de Diabetes. (2012). *Diabetes Atlas de la FID 5a edición*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. (E. C. Frost, Trans.) Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1971). Nietzsche, la généalogie, l'histoire. In S. Bachelard, G. Canguilhem, F. Dagognet, M. Foucault, M. Gueroult, M. Henry, . . . M. Serres, *Hommage a Jean Hyppolite* (pp. 145-172). Paris: Presses Universitaires de France.

- Foucault, M. (1979). Ciencia y Saber. In M. Foucault, *La Arqueología del saber* (A. Garzón del Camino, Trans., sexta ed., pp. 298-332). México, DF: Siglo veintiuno editores, SA.
- Foucault, M. (1992). *Saber y Verdad*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, volumen III*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Foucault, M. (2001[1953]). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, DF: Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Foucault, M. (2002). El cuerpo de los condenados. In M. Foucault, *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trans., pp. 11-37). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2002). El panoptismo. In M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (pp. 199-233). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Freud, S. ([1904]2011). *XX Psicopatología de la vida cotidiana*. México, DF: Alianza Editorial.
- Friedman, R. (2008). Stages of Grief: the Myth. *Skeptical Magazine*, 14(2).
- Gaulejac, V. d. (2002, Diciembre). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles Latinoamericanos*, 21.
- Gerogievich Spirkin, A. (1969). *Materialismo dialéctico y lógica dialéctica*. México, DF: Grijalbo.
- Gramsci, A. (2000 [1929-1935]). *Cuadernos de la cárcel* (Vol. 6). (A. M. Palos, Trans.) Puebla, México: Ediciones Era y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

- Gutiérrez Camacho, L. R. (1997). Capítulo 12. Guepa, el oso. In L. R. Gutiérrez Camacho, *Águila Blanca*. Villahermosa, Tabasco: Propia.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., . . . Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández Ávila, M. (2010, 11 23). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. *Diario Oficial de la Federación*.
- Kübler, R. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., & Beitz, K. (2007). Motivational Interview. *American Journal of Nursery*, 107(10), 50-58.
- Levine, J. A. (2011). Poverty and Obesity in the U.S. *Diabetes*, 60, 2667-2668.
- Ludwig, J., Sanbonmatsu, L., Gennetian, L., Adam, E., Duncan, G. J., Katz, L. F., . . . McDade, T. W. (2011). Neighborhoods, Obesity, and Diabetes - A Randomized Social Experiment. *The New England Journal of Medicine*, 365(16), 1509-1519.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*, 297(7), 716-723.
- Mathiesen, T. (1997). The viewer society. Michel Foucault's 'Panopticon' revisited. *Theoretical Criminology*, 1(2), 215-234.
- Maturana Romesín, H. (1997). *La realidad : ¿objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento*. México, Guadalajara: Anthropos Editorial en coedición con la Universidad iberoamericana, México, DF., y con el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Guadalajara, México.
- Maturana Romesín, H., & Podozis Marín, J. (1992). Origen de las especies por medio de la deriva natural o la diversificación de los linajes a través de la conservación y

cambio de los fenotipos ontogénicos. (A. y. Dirección de Bibliotecas, Ed.)
Publicacion ocasional. Museo Nacional de Historia Natural.

Maturana Romesín, H., & Varela García, F. (2003 [1984]). *El árbol del conocimiento. Las bases del entendimiento humano*. Buenos Aires: Coedición de Editorial Universitaria con Editorial Lumen.

Medina Gómez, O. S., & López Arellano, O. (2010). Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México. In M. d. Chapela, *En el debate: Diabetes en México*. México: Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Miramontes, P. (1999). El estructuralismo dinámico. In S. Ramírez, G. Cocho, C. Torres Alcaraz, J. Torres Nafarrete, G. Duval, P. Miramontes, . . . J. L. Gutiérrez Sánchez, *Perspectivas en las teorías de sistemas* (pp. 70-82). México: Siglo XXI en coedición con el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.

Pichón-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Polonsky, K. S. (2012). The Past 200 Years in Diabetes. *The New England Journal of Medicine*(367), 1332-1340.

Pueblos Indígenas de México. (2009). *Biblioteca Digital de la medicina tradicional mexicana*. Retrieved enero 18, 2013, from Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana//Diabetes: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=diabetes>

Ramírez, S. (1999). Teoría general de sistemas de Ludwing Von Bertalanffy. In S. Ramírez, G. Cocho, C. Torres Alcaraz, J. Torres Nafarrete, G. Duval, P. Miramontes, . . . J. L. Gutiérrez Sánchez, *Perspectivas en las teorías de sistemas*

- (pp. 11-24). México: Siblo XXI Editores en coedición con el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.
- Salazar, C. (2004). Dispositivos: máquinas de visibilidad. In U. X. Departamento de Educación y Comunicación, *Anuario de investigación 2003* (pp. 291-299). México: UAM-Xochimilco.
- Schott, H. (2003). *Crónica de la medicina* (3a ed.). México: Intersistemas SA de CV.
- Sharma, H., & Chandola, H. (2011). Prameha in Ayurveda: correlation with obesity, metabolic syndrome, and diabetes mellitus. Part 1-etiology, classification, and pathogenesis. *J Altern Complement Med*, 17(6), 491-496.
- Tipton, C. M. (2008). Susruta of India, an unrecognized contributor to the history of exercise physiology. *Journal of Applied Phyiology*, 1553-1556.
- Trombadori, D. (2010). *Conversaciones con Foucault. Pensamientos, obras, omisiones del último maître-à-penser*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Yazhou, H., & Chuncai, Z. (1997). *Singular libro de ciencias médicas de china HUANGDI NEIJING gráfico para cuidar la salud*. Beijing: Delfín.

Glosario

Deriva: El proceso o devenir en el que un sistema sigue, como resultado de su dinámica de interacciones, el curso de cambio estructural o de posición que resulta cuando en esas interacciones conserva su organización y adaptación (o relación de congruencia operacional con el medio) (Maturana Romesín & Podozis Marín, Origen de las especies por medio de la deriva natural o la diversificación de los linajes a través de la conservación y cambio de los fenotipos ontogénicos, 1992, pág. 13).

Dispositivo: “Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas. Decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos.

En segundo lugar, lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad.

Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes.

En tercer lugar, por dispositivo entiendo una especie -digamos- de formación que, en un momento histórico dado tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante. Esta pudo ser, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que a una sociedad con una economía de tipo esencialmente mercantilista le resultaba embarazosa: hubo ahí un Imperativo estratégico, jugando como matriz de un dispositivo, que se fue convirtiendo poco a poco en el mecanismo de control-sujeción de la locura, de la enfermedad mental, de la neurosis” (Foucault, Saber y Verdad, 1992, págs. 128-129).

Individuo: unidad que se constituye como distinto del medio circundante por medio de su propia dinámica en la que simultáneamente se realiza y especifica a sí mismo y que solo existe mientras conserva la organización que define su identidad. Por otro lado, dicha unidad es la construcción artificial de un algo, una construcción de “individuo” que surge de las coherencias operacionales de mi propia experiencia como observador y que decido tomar en esta Idónea Comunicación de Resultados. De esta manera, hago un acto de distinción entre un individuo y otro a sabiendas de que dicha distinción es un ejercicio intelectual y no una división natural, del mismo modo también puedo tomar lo social como unidad, o bien lo vivo, lo terráqueo, lo galáctico, lo universal o la unidad de multiversos que pueden conformar la unidad total. Para los fines de este trabajo, el individuo ocupa un lugar y un tiempo en el espacio, lugar y tiempo que ha tomado en la deriva del universo.

Subjetivación: proceso por el que se obtiene la constitución de un sujeto, más exactamente de una subjetividad, que evidentemente no es sino una de las posibilidades dadas de organización de una conciencia de sí. (Foucault, Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, volumen III, 1999, págs. 391-392)

Sujeto: Unidad ontogénicamente congruente en la que se asienta la conciencia de sí. Dentro de la congruencia ontogénica del sujeto se produce un cambio permanente, de tal manera que, ante el observador, sólo aparece la posición subjetiva del sujeto en un momento, determinado por la trayectoria misma del sujeto y su posición material e histórica.

Unidad: Una unidad simple es una unidad producida en una operación de diferenciación que la constituye como un todo al especificar sus propiedades como una colección de dimensiones de interacciones en el medio donde se la diferencia. Por lo tanto, una unidad simple resulta exclusiva y completamente caracterizada por las propiedades a través de las cuales se produce en la praxis de vivir del observador, u observadora, que la distingue, y no se requiere de ninguna otra explicación respecto al origen de éstas. Una unidad simple surge definida y caracterizada por un conjunto de

propiedades como materia de diferenciación en la praxis de vivir del observador u observadora. Una unidad compuesta es una unidad ya diferenciada como una unidad simple que a través de operaciones adicionales de diferenciación es descompuesta por parte del observador en componentes que mediante su composición constituirían el original de la unidad simple en el dominio en el cual se la diferencia. Una unidad compuesta, por tanto, se diferencia operacionalmente como una unidad simple en un metadominio respecto al dominio en el cual se diferencian sus componentes porque así resulta en una operación de composición. Como resultado de esto, los componentes de una unidad compuesta y su unidad simple correlacionada se hallan en una relación constitutiva de especificación mutua. Por lo tanto, las propiedades de una unidad compuesta clasificada como una unidad simple conllevan las propiedades de los componentes de una unidad compuesta, y sus modos de composición determinan las propiedades que la caracterizan como unidad simple cuando se la clasifica como tal. (La realidad: ¿objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento, 1997, págs. 109-110)