



EMOTIONAL DIMENSION OF PATIENTS OF QUECHUA ORIGIN WITH TYPE 2 DIABETES IN THE CITY OF CUSCO, PERU

DIMENSIÓN EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE ORIGEN QUECHUA CON DIABETES DE TIPO 2 EN LA CIUDAD DEL CUSCO, PERÚ

Ramón Figueroa-Mujica¹ & Guisela Yábar-Torres^{2*}

¹ Doctorado en Salud Pública Universidad Peruano Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Maestría de Ecología y Gestión Ambiental-Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

* Corresponding author: guisela.yabar@urp.edu.pe

Ramón Figueroa-Mujica: <https://orcid.org/0000-0002-3479-3518>

Guisela Yábar-Torres: <https://orcid.org/0000-0001-5454-9187>

ABSTRACT

Type 2 diabetes is currently considered a worldwide epidemic. The increase in cases has been accelerated considering that in 1980 it only affected 108 million, currently approximately 500 million people suffer from the disease; the factors that condition it are diverse genetics, as well as lifestyles. This is a qualitative study based on the interpretive paradigm, through in-depth interviews, which allowed obtaining valuable information from the study population, made up of patients treated at the Antonio Lorena and Regional hospitals of Cusco, diagnosed with type 2 diabetes. and that have Quechua origin. The sample is non-probabilistic for convenience, the representativeness of the discourse was sought, managing to carry out 30 interviews. From the patients' perspective, the cause of their disease -diabetes- is mainly due to a strong emotional situation they have suffered (fright, anger, sadness) and second to the type of diet (a lot of fat, sweets, flour). At the time of receiving the diagnosis of their disease, patients report experiencing strong emotional states such as anxiety and fear and also experiencing concerns about the course of their disease and about the situation of their family. They also indicate that during the treatment they suffer episodes of anxiety and a tendency to depression (sadness, grief. It is important for the

diagnosis and treatment of these patients, the most comprehensive health care. as well as regular attention to the emotional component of his illness with an intercultural approach.

Keywords: type 2 diabetes – emotional state – interculturality of indigenous peoples – social representations

RESUMEN

La diabetes tipo2 es considerada en la actualidad una epidemia mundial, el incremento de casos ha sido acelerado, considerando que en 1980 sólo afectaba a 108 millones, en la actualidad aproximadamente 500 millones de personas padecen de la enfermedad; los factores que la condicionan son diversos genéticos, así como los estilos de vida. Este es un estudio de carácter cualitativo basado en el paradigma interpretativo, mediante entrevistas a profundidad, que permitieron obtener información valiosa de la población de estudio, constituida por los pacientes atendidos en los hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco, con diagnóstico de diabetes tipo 2 y que tienen origen quechua. La muestra es no probabilística por conveniencia, se buscó la representatividad del discurso, logrando realizar 30 entrevistas. Desde la perspectiva de los pacientes la causa de su enfermedad -la diabetes- se debe principalmente a una situación emocional fuerte que han sufrido (susto, cólera, tristeza) y en segundo término al tipo de alimentación (mucho grasa, dulces, harinas). Al recibir el diagnóstico de su enfermedad los pacientes refieren sufrir estados emocionales fuertes como ansiedad, y miedo y también experimentar inquietudes sobre el curso de su enfermedad y sobre la situación de su familia. Indican también que durante el tratamiento sufren episodios de ansiedad y tendencia a la depresión (tristeza, pena). Es importante para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, la asistencia de salud más integral. así como la regular atención del componente emocional, con un enfoque intercultural.

Palabras clave: diabetes tipo2 – estado emocional – interculturalidad pueblos indígenas – representaciones sociales

INTRODUCCIÓN

Los indígenas de todo el mundo están sufriendo de una manera desproporcionada la diabetes con el consiguiente daño de su salud y a nivel socioeconómico (Brown, 2013). En el país aún no existen estadísticas de la prevalencia de esta enfermedad en la población indígena sin embargo existen indicios de que esta enfermedad está afectando de manera creciente a esta población especialmente cuando migra al ámbito urbano (Miranda, 2011).

La Diabetes tipo 2 es la más frecuente en todo el planeta y los síntomas suelen ser menos marcados que la de tipo 1 o no se presentan (World Health Organization, 2016).

La diabetes es una afección de larga duración que se presenta cuando la glándula pancreática no produce cantidades apropiadas de insulina, la hormona encargada de mantener los niveles de glucosa en sangre (diabetes tipo 1) o cuando el organismo no puede emplear con efectividad la insulina que produce (diabetes tipo 2). Los síntomas de la enfermedad abarcan poliuria, polidipsia, apetito aumentado, alteraciones en la vista y cansancio (World Health Organization, 2016).

La diabetes de no tratarse adecuadamente (lo que incluye cambios en los estilos de vida y medicación), va a presentar diferentes complicaciones que dañan la salud y amenazan la supervivencia del paciente. Así dentro de las afecciones agudas se tiene la cetoacidosis diabética en casos de diabetes de tipo 1 y 2, niveles muy bajos

de glucosa en sangre y coma hiperosmolar en casos de diabetes de tipo 2. Dentro de las afecciones crónicas se observa el deterioro de los vasos sanguíneos de órganos importantes y nervios que se traducen en enfermedad cardíaca, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, úlceras e infección en las extremidades (World Health Organization, 2016).

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas precisa que los indígenas tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental alcanzable y que los estados deben tomar las medidas necesarias para lograr progresivamente la completa realización de este derecho. La salud para los pueblos indígenas es equivalente a la coexistencia armoniosa de los seres humanos con la naturaleza, con ellos mismos, con los otros seres, orientada al bienestar integral, espiritual, individual y de toda la sociedad y a la tranquilidad (United Nations, 2009).

La Organización Panamericana de la Salud señala que el perfil epidemiológico actual de la población indígena está asociado con altos niveles de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, exclusión de la sociedad, pérdida de terrenos y de su territorio, destrucción de los ecosistemas, alteración de la dinámica de vida y no satisfacción de sus necesidades básicas (United Nations, 2009).

En algunos estudios realizados en Centro y Sudamérica se ha encontrado que para los pueblos indígenas las enfermedades foráneas (como la arterioesclerosis y la diabetes) son des-

equilibrios o alteraciones físico biológicas, propias de la “raza blanca”, cuya presentación en los indígenas obedece a procesos de mestizaje donde el indígena adopta costumbres del mundo occidental, principalmente en el componente alimentario. Así la diabetes se produce por estrés, por el consumo de muchos dulces; la idea para el tratamiento es que las plantas ayuden a regular el azúcar en la sangre (Cardona & Rivera, 2012).

Asimismo, en otros estudios realizados también en Centro y Sudamérica se ha encontrado que en los pueblos indígenas las emociones fuertes no son únicamente un factor desencadenante de la diabetes, sino un asunto que está presente en la experiencia cotidiana de las personas con la enfermedad y en sus familiares. Así para un mejor manejo, se plantea que la biomedicina tiene que ir más allá de los datos duros y adentrarse en las modalidades culturales del padecer la enfermedad y posibilitar de esa manera la generación de intervenciones más integrales para un manejo más adecuado de la enfermedad (Montesi, 2017; Page-Pliego *et al.*, 2018).

Con las consideraciones señaladas es que se desarrolló esta investigación como parte de un estudio más amplio realizado con pacientes de origen quechua, con diagnóstico de diabetes tipo 2, referido a las representaciones sociales sobre su enfermedad en dos hospitales del Cusco, Perú. Al respecto es útil indicar que en América Latina la teoría de las representaciones sociales ha tenido un desarrollo y aplicación

importantes para comprender la realidad social. Irene Vasilachis es una de las representantes más importantes de este modelo teórico señala que en la sociología tres paradigmas epistemológicos fueron definidos como marcos teórico-metodológicos y han sido utilizados para interpretar los fenómenos sociales, estos son el materialista-histórico, el positivista y el interpretativo, este último en vías de consolidación; sin negar el aporte de los dos primeros, se plantea la utilidad del paradigma interpretativo en la medida en que permite conocer mejor la perspectiva del “otro”, que es justamente lo que busca la teoría de las representaciones sociales (Vasilachis, 2003); en el presente estudio el “otro” es el paciente de origen quechua con diabetes tipo 2. El objetivo del presente estudio fue evaluar la dimensión emocional de los pacientes de origen quechua con diabetes de tipo 2 en la ciudad del Cusco, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar de estudio

La investigación se realizó en la ciudad del Cusco, Perú con personas que han migrado del ámbito rural y viven en los distritos vecinos y con aquellas que residen en provincias cercanas como Quispicanchis, Paruro, Anta, Calca y Urubamba. Los pacientes con frecuencia reciben atención inicial en los establecimientos de salud de primer nivel de su zona (centros de salud), los mismos que forman parte de las redes Norte y Sur de servicios de salud de la Dirección Regional de Sa-

lud del Cusco (Ministerio de Salud) y son derivados para su atención especializada a los hospitales Antonio Lorena y Regional que cuentan con Unidades de Endocrinología y personal especializado para asistir a pacientes con diagnóstico de diabetes, incluyendo a los de origen andino (quechua).

La ciudad del Cusco antigua capital del Imperio Incaico, tiene más de 400 mil habitantes, en las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en sus patrones culturales y estilos de vida de la población. Así el tipo de alimentación en base a alimentos procesados sumados al sedentarismo inciden en la presencia creciente de enfermedades crónicas como la diabetes.

Consideraciones del estudio

La población del estudio está constituida por los pacientes atendidos en las Unidades de Endocrinología de los hospitales especializados Regional y Lorena del Cusco con diagnóstico de diabetes tipo 2 y de origen quechua evidenciada por su lengua materna, que fueron atendidos durante los meses de abril a setiembre 2019.

La muestra es no probabilística por conveniencia, se buscó la representatividad del discurso para lo que se ha seleccionado un número limitado de pacientes de acuerdo a los siguientes criterios: sexo (masculino/femenino), tiempo de diagnóstico de la diabetes (menos de 5 año/de 5 y más años) y procedencia (urbana/rural). Se ha realizado un número de 30 entrevistas, en base al nivel de saturación alcanzado. El promedio de pacientes de origen quechua atendidos en los últi-

mos años con diagnóstico de diabetes en cada uno de los dos hospitales ha sido de 150, por lo que se pudo alcanzar el número de pacientes señalado durante el tiempo indicado.

Criterios de inclusión: pacientes de origen quechua (idioma materno), con diagnóstico de diabetes, adultos (mayores de 18 años), con prescripción de antidiabéticos orales o insulino terapia y con consentimiento informado para participar del estudio

Criterios de exclusión: paciente con deterioro cognitivo y/o enfermedad mental, con discapacidad sensitiva de alguna índole y con dificultades de comprensión y sin consentimiento informado. Se aplicaron entrevistas a profundidad, grabadas y luego transcritas, a través de una guía de contenidos tomando en cuenta los objetivos del estudio.

En relación a los procedimientos y técnicas es necesario indicar que en una primera etapa se realizaron 18 entrevistas en los dos hospitales durante los meses de diciembre 2018 y febrero 2019. Al constatarse inconvenientes para la realización adecuada de las entrevistas a profundidad, especialmente por disponibilidad de tiempo y dificultades de expresión de los pacientes, se decide cambiar de estrategia. Es así que se opta por realizar las entrevistas en el domicilio de los pacientes previa coordinación de las citas vía teléfono móvil. Es así que durante los meses de abril a setiembre 2019, se realizaron las entrevistas en las viviendas de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en los dos hospitales, así se logró

alcanzar un total de 30 entrevistas. Es importante destacar que las entrevistas realizadas en este nuevo contexto mostraron claras diferencias con las anteriores. Así ahora se disponía de más tiempo para las entrevistas y los pacientes eran más expresivos para compartir la experiencia de su enfermedad incluyendo la dimensión andina de la misma.

Una vez realizadas las entrevistas se procedió a cumplir el Plan de Análisis de las mismas lo que comprendió las siguientes etapas:

- a) La transcripción y traducción de las entrevistas

Es importante destacar que un porcentaje considerable de las entrevistas se realizó en idioma quechua; para el proceso de transcripción y traducción se contó con el apoyo de dos profesionales en Ciencias Sociales del Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de las Casas del Cusco. La transcripción de las entrevistas requirió del uso de un programa informático especial que permite editar grabaciones (Sony digital voice editor). De esta manera del total de 30 entrevistas grabadas de la(os) pacientes del estudio se obtuvo un igual número transcripciones al quechua escrito y luego traducidas al español.

- b) El procesamiento informático de las entrevistas

Para el análisis de las entrevistas se ha usado el programa informático de libre acceso denominado RQDA (Research qualitative data análisis) por considerar que se adecuaba a las características del estudio. Para el análisis del contenido de las entrevistas se identificaron los

códigos en correspondencia con las dimensiones del estudio.

Aspectos éticos

Este trabajo de investigación no afectó la salud ni bienestar de los pacientes, para las entrevistas a profundidad previamente se obtuvo el consentimiento informado, previamente se le proporcionó la información correspondiente al estudio, respondiendo a sus inquietudes; luego se les propuso la suscripción del documento respectivo, en los casos en que el paciente se negó a participar se respetó su decisión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación a las características sociodemográficas de los pacientes se debe señalar que el género para la mayoría corresponde al femenino (86%), esto podría considerarse como una limitación del estudio, si bien la proporción de pacientes varones fue más reducido en relación a la de pacientes mujeres. La cantidad de pacientes de menos de 60 años es menor respecto a las de mayor edad; solo el 30% está en el intervalo de 44-59 años y el 70% en el de 60 a 75 años, es claro el amplio predominio de la(o) s adultos mayores. En lo que respecta al estado civil un 53% es casada(o)s o conviviente y un 46% separada (o) s, soltera (o)s o viuda (o)s. En estos últimos casos los pacientes suelen vivir con alguno de sus parientes.

En cuanto al nivel de instrucción un 33% son analfabeta(o)s, un porcentaje similar tienen primaria y el otro 23% tiene secundaria y solo el 10% tienen superior; en consecuencia, la mayoría

de los pacientes (2/3) son analfabeta(o) s o tiene solo primaria; asimismo el 67 % de los pacientes tenía un tiempo de tratamiento de más de cinco años. Es útil indicar que la población que se atiende en los establecimientos del Ministerio de Salud, pertenece en un gran porcentaje al sector informal donde hay un claro predominio de la población pobre y con bajo nivel de instrucción.

A continuación, se presentan los resultados y la discusión a partir de los datos proporcionados por los pacientes sobre la experiencia de su enfermedad considerando la dimensión emocional de la misma.

a) **En relación a la causa de su enfermedad**

Esto es lo que la mayoría de los pacientes entrevistados expresó respecto a la causa de su diabetes:

- *E: Mamá, según tu parecer ¿cuál crees que es la causa para que te de este mal?*

BP: Bueno como te dije era renegona, esta enfermedad me dio por mucha preocupación. Dentro de mi familia había problemas, a causa de ello me apenaba mucho y también había otras causas y por la mucha tristeza que sentía y también por lo renegona que era. Estas fueron las dos causas que ocasionaron mi enfermedad, en mi familia no hay ninguna persona que sufrió de la diabetes, recientemente, más bien mi cuñado sufre de diabetes en Lima, ni siquiera es aquí, ajá. PACIENTE 4 c [10435:11165]. F. de 44 años que viven en el ámbito urbano.

- *E: ¿Cuál fue la causa para que te de la diabetes?*

P: Mi hijo tenía que casarse y su pareja me hizo renegar y siempre en la casa hay problemas, los hijos, con mi esposo siempre hay motivos para renegar

E: ¿Esos acontecimientos pudieron haber sido causa para que adquieras la diabetes?

C: Sí, esos acontecimientos fueron causa para que me dé la enfermedad. PACIENTE 12 c [4853:5483]. F. de 65 años que viven en el ámbito rural.

Algunos pacientes sin embargo lo atribuyeron al tipo alimentación:

- *E. ¿Cuál crees que sería la causa para que tengas este mal?*

P. Será pues lo que he tomado dulce, consumía mucho dulce. Yo vivía con mi madrina en Urcos, mi mama como tenía tantos hijos nos entregaban, seamos hombre o mujer, yo vivía con mi madrina, cuidando la tienda, eso era lo que hacía, me encerraban en la tienda para cuidar. Allí había ricos panes las chutas, a eso yo le ponía azúcar y comía pan con azúcar, sobre eso tomaba gaseosa, chocolate;...cuando murió mi esposo empecé a tomar cerveza, trago, esas cosas serán pues, ahora ninguna de estas cosas, no quiero ni ver esas cosas. PACIENTE 30 c [9111:10299]. F. de 65 años que vive en el ámbito rural.

Es interesante sin embargo el testimonio de una paciente que visitó una comunidad amazónica del Bajo

Urubamba y que recogió la versión de un curandero nativo:

- *E: Muy bien ¿fuiste donde los curanderos?*

A: Sí, pero donde los nativos curanderos, pero ellos me dijeron “los que no nos quieren hacen que nos enfermemos” así me dijeron. Ellos para su cura es celestial, llaman tu espíritu, tu espíritu encomiendan a los ángeles. Hicieron la ofrenda en el cerro después de eso me sané, de verdad camino tranquila, no me pasa nada. Dicen que “nos exponen a las enfermedades, al cáncer, a la diabetes, a toda clase de enfermedades, según a lo que está expuesto nuestro cuerpo, es porque hacen llamar a nuestra alma”, dicen que por eso llegamos a adquirir esas enfermedades. PACIENTE 3 c [34314:35828]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.

La atribución que hacen la mayoría de los pacientes como causa de su diabetes, esto es referida principalmente a situaciones emocionales fuertes relacionadas a su vida social (preocupación, enojo o tristeza), llama la atención ya que es diferente a lo que la Medicina Moderna señala, que lo atribuye principalmente al tipo de alimentación (WHO, 2016), esta interpretación en cambio más cercana al enfoque que tiene la cultura andina sobre el cuerpo y la salud-enfermedad. Así, Alvarado (2019) en su obra *Una comprensión andina del cuerpo* plantea que en esta cultura se dan tres niveles interrelacionados del cuerpo: a)

un nivel físico-anímico (uku o kurku), dotado de características biológicas y espirituales, interrelacionadas, b) un nivel corpóreo socio-comunitario (ñoqanchis) que incluye el ayllu y la comunidad y c) un nivel corpóreo de mancomunidad (pacha) que incluye la interrelación no solo con los seres humanos sino también con los otros seres vivos. Estas dimensiones se afectan cuando ocurre la enfermedad (Alvarado, 2019). En el caso de la diabetes y recogiendo los testimonios en su enfermedad se afectarían esos tres niveles. Es interesante señalar que en otros estudios realizados en poblaciones indígenas de Centro y Sud América suelen atribuir también como causa principal o desencadenante de su diabetes a estados emocionales fuertes como el susto, la cólera, la tristeza (depresión), entre otros (Montesi, 2017; Page-Pliego *et al.*, 2018; Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020; Hirsch & Alonso, 2020).

De otro lado desde la Medicina Moderna se puede señalar que estudios recientes indican que al parecer la depresión y la diabetes tipo 2 compartirían el mismo origen causal, incluyendo aquí como un factor común el bajo nivel socioeconómico (Bădescu *et al.*, 2016). Al respecto la teoría sindémica plantea que existe interacción entre las enfermedades no transmisibles como las señaladas y que asimismo estas enfermedades están determinadas por factores sociales comunes como la pobreza que les produciría sufrimiento social (Quiroz & Cañon, 2021). Se considera que los resultados sobre la causa de la diabetes manifestada por

los pacientes del estudio, donde los problemas emocionales juegan un rol muy importante como causa de su enfermedad, se deben valorar y discutir con los especialistas y el equipo profesional que atiende a los pacientes para que desde una aproximación intercultural considerar la utilidad de tomar en cuenta en la atención de salud y en la educación diabética, no solo el enfoque de la Medicina Moderna sino también el enfoque de los pacientes sobre la causa de su enfermedad (Piñon *et al.*, 2015).

De otro lado en relación a lo manifestado por un paciente, tras acudir a un curandero tradicional amazónico sobre la causa de su diabetes, ésta debería a un “daño” que le ha producido otra persona por envidia, odio o resentimiento, este tipo de creencia está presente tanto en las Medicinas Andina y Amazónica (Clavijo, 2011; Pariona, 2014).

b) **Al conocer el diagnóstico de su enfermedad**

Los siguientes testimonios son ilustrativos de lo que sintieron al tomar conocimiento de su enfermedad:

- *P: Yo, bueno como ya estaba así débil yo no sabía que tenía, que era diabético, entonces cuando me dijeron, como le digo ya pues se me vino la noche no, pero de ahí ya pues, me levantó la fuerza mi señora, mi comadre que tengo, fue eso, más me apoyaron. PACIENTE 25 cc [10681:11084]. M. de 65 años que vive en ámbito urbano.*
- *P: Si pensaba, “así me moriré,*

que todo se quede como está”. PACIENTE 6 c [33986:34243]. ¿Llevando un tratamiento estricto tendríamos oportunidad de curarnos de la diabetes?, o ¿tendremos que quedarnos a vivir con diabetes hasta la muerte? PACIENTE 6 c [45271:45422]. F. de 55 años que vive en el ámbito rural.

- *P: Muy preocupada, pensé en mis ojos, preocupada porque se dice que no hay cura. PACIENTE 17 c [6824:6954]. Tengo mucha pena por mis hijos, como ellos también están así. PACIENTE 17 c [7152:7212]. F. de 60 años que vive en ámbito urbano.*

Se aprecia que los pacientes al recibir el diagnóstico de su enfermedad experimentaron diferentes emociones como miedo, tristeza, inseguridad, ansiedad, entre otras. Junto con ello se plantearon varias inquietudes respecto a la causa y la naturaleza de su enfermedad y sobre la situación en que iba a quedar su familia como consecuencia de su situación con la posibilidad incluso de la muerte.

Al respecto Itziar Fernández en el trabajo *Expresión e inhibición emocional en las diferentes culturas* señala que la emoción implica un conjunto de respuestas de la persona frente a un estímulo y que están organizadas en una secuencia de dos pasos, una de evaluación de la situación y de respuestas subjetivas, expresivas y fisiológicas; otra de estrategias que permitan hacer frente a las consecuencias psicológicas y sociales de la situación. Señala también que, en la evaluación

de la situación, que es eminentemente subjetiva, juega un rol importante la cultura y el periodo histórico (Fernández *et al.*, 2000).

En este estudio la(o)s pacientes recibieron primero un “estímulo” fuerte al escuchar por parte del médico la noticia del diagnóstico de diabetes y la explicación correspondiente sobre la naturaleza de esta enfermedad. Los pacientes evaluaron la situación, tuvieron diferentes inquietudes y dieron luego varias respuestas (incluyendo las subjetivas como el miedo y la tristeza, entendibles al tratarse de una enfermedad como la diabetes) y luego pensaron en las alternativas (estrategias) para hacer frente a las consecuencias que iba a tener su enfermedad incluyendo la situación en que quedaría su familia.

En relación a la influencia de la cultura en el estado emocional Zubietta *et al.* (1998) señala que los pueblos indígenas quechua-aimara con un patrón cultural colectivista (diferente del individualista más ligado a la cultura moderna) y menor desarrollo socioeconómico presentan mayor contención emocional, esto es menor reacción subjetiva de la tristeza y una menor expresión verbal de emociones como la alegría, enojo y tristeza (Zubietta *et al.*, 1998). En el estudio, sin embargo; los pacientes mostraron (por lo menos en la entrevista) clara expresión de las emociones como el miedo y la tristeza. La explicación a la expresividad y la reacción subjetiva importantes que manifestaron haber experimentado los pacientes por la noticia de su enfermedad, tomando en cuenta también

lo planteado por la autora, sería más expresión de la importancia que le dan los pacientes a la familia y al predominio del género femenino entre los entrevistados.

c) **Al vivir su enfermedad y enfrentar su tratamiento**

Las siguientes emisiones son ilustrativas al respecto:

- *P:...tal vez la medicina está en las hierbas, tal vez las pastillas nos están haciendo daño, tal vez es mejor el tratamiento con hierbas. Dicen que las pastillas afectan al corazón, el tratamiento de repente nos está haciendo daño, esas son las cosas que nosotros queremos saber. PACIENTE 29 c [13452:13729]. F. de 57 años que vive en el ámbito rural.*
- *P: Yo digo “¿acaso fácil están muriendo?, les están amputando”. Una persona que ha sido amputada no puede ni caminar. Yo le digo “no tomes”, ella dice “cuando te cuidas, más te sube, estas preocupada, más te sube”. PACIENTE 17 c [12744:12954]. F. de 60 años que vive en el ámbito urbano.*
- *P: Muy bien, entonces quisiéramos que así vengan a visitar desde otras instituciones, para que nos controlen, eso quisiéramos. Por lo menos saldría a la calle, si saliendo a la calle andaría peleando con la gente, tal vez así no permitirían que salga a la calle, ya no quieren que hable con nadie (se pone a llorar). PACIENTE 24 c [29047:29732]. F.*

de 72 años que vive en el ámbito urbano.

- E: ¿Por qué estás llorando?, ¿por qué te sientes triste, acaso es muy difícil controlar esta enfermedad?

P: Ya me ha aburrido mucho. Tomar mucha pastilla ya me ha aburrido. PACIENTE 7c [17046:17246]. F. de 54 años que vive en el ámbito urbano.

Asimismo, en relación a su tratamiento, aparte del que reciben en los hospitales a donde concurren, los pacientes desde su experiencia cotidiana buscan encarar también la dimensión emocional del mismo, como se puede apreciar de las siguientes emisiones.

- E: ¿Cómo crees que deben ser los cuidados con una persona que tiene diabetes?

P: Pienso yo que debe estar tranquila, no debe tener preocupaciones, problemas, las preocupaciones parece que empeora el mal.

E: ¿Y en la alimentación?

P: También en la alimentación, no comer excesivas grasas. PACIENTE 18 c [10617:10903]. F. de 73 años que vive en el ámbito urbano.

- E: ¿Qué es lo que te da fuerzas o te motiva para que continúes tu tratamiento?

P: “Me motiva mis hijos, mi esposo que no tiene a nadie señorita. Él está muy enfermo, está peor que yo, padece de sus pulmones y si lo dejo ¿cómo se va a quedar? Pienso y esas cosas me dan fuerzas para continuar; pero lo que más me motiva es mi

hija que se fue hace poco señorita, ella porque tiene cuatro hijos pequeñitos. PACIENTE 10 c [42964:43673]. F. 74 años que vive en ámbito rural.

- E: Me dijiste que tienes fe, al señor, desde que estas mal., ¿te has acercado más al Señor o tu fe es siempre la misma?

P: Es la misma, es la misma, más fe tengo en la Cruz y el Señor de Huanca, Virgen Guadalupe, Copacabana, Candelaria. Digo pues, cuando hago arder una vela le digo “¿no me puedes curar señor?”. Al Señor de Huanca lo tengo como mi médico, le digo siempre “que me cure, ¿hasta cuándo voy a estar así?”. PACIENTE 20 c [7028:7517]. F. de 74 años que vive en el ámbito rural.

Las expresiones presentadas muestran que los pacientes durante la experiencia de su enfermedad y de su tratamiento experimentaron emociones e inquietudes similares a las que tuvieron al recibir el diagnóstico de su enfermedad, si bien más atenuadas, asimismo aparece la depresión como un estado emocional importante. Está presente también la inquietud sobre la eficacia del tratamiento que están recibiendo en el hospital y la eficacia que podría tener el uso de algunas hierbas medicinales. Asimismo, se hace evidente la importancia que tiene para los pacientes la familia y la religión como apoyo emocional y espiritual para enfrentar su enfermedad.

La familia juega un rol decisivo para que los pacientes enfrenten su enfermedad, para el poblador andi-

no, la familia es muy importante, tanto para brindar apoyo material como emocional (Ortiz, 1989). Asimismo, en relación a la religión existen estudios que señalan que si bien ella no altera el curso de una enfermedad crónica, puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida y generosidad (Prestes, 2017). Estos trabajos podrían explicar los resultados encontrados al respecto en el presente estudio.

Es útil señalar que en la revisión bibliográfica se encontró algunos estudios en pueblos indígenas de Centro y Sudamérica que evidencian el sufrimiento emocional (especialmente tristeza) que padecen al enfrentar la diabetes (Page-Pliego, 2015; Page-Pliego *et al.*, 2018; Hirsch, 2020). De otro lado existen varios estudios realizados en el Perú y en Latinoamérica en la población general con diabetes tipo 2 que muestran que la ansiedad y la depresión son cuadros muy frecuentes en estos pacientes (Constantino *et al.*, 2014; Antúnez & Bettiol, 2016). De otro lado, como ya señaló previamente en la literatura internacional reciente se plantea que la explicación de la asociación entre la diabetes y la depresión estaría en la etiología común que tendrían ambos procesos (Bădescu *et al.*, 2016). Asimismo, se indicó la utilidad que tendría la teoría sindémica para explicar esta asociación al señalar a factores sociales como la pobreza y el sufrimiento social como causa común de estas enfermedades (Quiroz, 2021).

Sobre la inquietud en relación al uso alternativo de hierbas medicinales para su tratamiento es útil indicar que los

pacientes del presente estudio (de origen quechua) no dejan de tener muchos de ellos prácticas de su cultura tradicional como el “pago a la madre tierra”. Al respecto Vicente Torres señala que el poblador andino asume que para vivir bien (Allin kausanapaq) es necesario hacer una ofrenda a la Madre Tierra o Pachamama con productos y otros elementos, este es un rito importante en la Cultura Andina (Torres, 2020).

Es útil señalar que estos resultados sobre la importancia que tiene para los pacientes con diabetes tipo 2 (en este caso andinos) el estado emocional que afrontan y la necesidad de atención regular se considera necesario discutir con el equipo profesional que atiende a estos pacientes para plantear el desarrollo de un modelo de atención intercultural que les proporcione una asistencia de salud más integral.

Desde la perspectiva de los pacientes la causa de su enfermedad -la diabetes- se debe principalmente a una situación emocional muy fuerte que han sufrido (susto, cólera, tristeza) y en segundo término al tipo de alimentación (mucho grasa, dulces, harinas).

En conclusión, desde la perspectiva de los pacientes la causa de su enfermedad -la diabetes- se debe principalmente a una situación emocional fuerte (susto, cólera, tristeza) y en segundo lugar al tipo de alimentación (mucho grasa, dulces, harinas).

Al recibir el diagnóstico de su enfermedad los pacientes sufren estados emocionales fuertes como ansiedad y miedo y también experimentan preocupación naturales sobre el curso de su enfermedad, la situación en que afron-

tara su familia, entre otras. Durante el tratamiento sufren episodios de ansiedad y tendencia a la depresión (tristeza, pena). Por lo señalado se reitera la importancia de que el equipo médico aborde para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el componente emocional de manera regular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, D. 2019. *Una comprensión andina del cuerpo*. Multigrafik Ediciones.
- Antúñez, M. & Bettiol, A. 2016. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Médica Colombiana*, 41:102-104.
- Bădescu, S.V.; Tătaru, C.; Kobylinska, L.; Georgescu, E.L.; Zahiu, D.M.; Zăgrean, A.M. & Zăgrean, L. 2016. The association between Diabetes mellitus and depression. *Journal of Medicine and Life*, 9:120-125.
- Brown, A. 2013. El impacto de la diabetes sobre los Pueblos Indígenas; sal en la herida. *Diabetes Voice*, 58:18-19.
- Cardona, J. & Rivera, Y. 2012 Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas Embera Chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38:471-483.
- Clavijo, C.R. 2011. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos. *Iatreia*, 24: 5-15
- Constantino, A.; Bocanegra, M.; León, F. & Díaz, C. 2014. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25:196-203.
- Cruz-Sánchez, M. & Cruz-Arceo, M.A. 2020. El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18: 1-24.
- Fernández, I.; Zubieta, E. & Páez, D. 2000. Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. *Cult y Aleximia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* 73- <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
- Hirsch, S. & Alonso, V. 2020. La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16: e2760.
- Miranda, J.; Gilman, R. & Smeeth, L. 2011. Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru. *Heart*, 97:787-796.
- Montesi, L. 2017. La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12:46-76.
- Ortiz, A. 1989. La comunidad, el parentesco y los patrones de crianza andinos. *Anthropológica*, 7: 135-170.

- Page-Pliego, J.T. 2015. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 13:84–95.
- Page-Pliego, J.T.; Eroza, E. & Acero, CG. 2018. *Vivir Sufriendo de Azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*. Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur.
- Pariona, W. 2014. *La Medicina Tradicional en el escenario del siglo XXI*. (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. pp. 68-70
- Piñón, S.L.; Juárez, C. & Reartes, D. 2015. Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*, 9: 27–41.
- Prestes, C. 2017. Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. Revisión. *Humanidades: revista de la Universidad de Montevideo*, 1:135-153.
- Quiroz, S. & Cañon, W. 2021 Teoría sindémica como enfoque para explicar la interacción entre problemas de salud pública. *Scientia Medica (Porto Alegre, Online)*, 31: 38309.
- Torres, V. 2020. Uywanakuy. Ritual y crianza mutua entre humanos y no humanos en el sur andino de Perú. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 40:135-179.
- United Nations. 2009. *State of the World's Indigenous Peoples*. New York: United Nations.
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/en/SOWIP_web.pdf
- Vasilachis, I. 2003. *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Ed. Gedisa.
- World Health Organization. 2016. *Global Report on Diabetes*. Geneva: WHO
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- Zubieta, E.; Fernández, I.; Vergara, A.I.; Martínez, M. & Candia, L. 1998. Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, 61: 65-89.

Received September 6, 2021.

Accepted September 21, 2021.