

Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes

Clara Juárez-Ramírez, D en Antropol Med,⁽¹⁾ Sandra Treviño-Siller, D en Antropol,⁽²⁾

María Guadalupe Ruelas-González, D en C,⁽³⁾ Florence Théodore, D en Sociol,⁽⁴⁾

Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc.⁽²⁾

Juárez-Ramírez C, Treviño-Siller S,
Ruelas-González MG, Théodore F,
Pelcastre-Villafuerte BE.

Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes.
Salud Pública Mex. 2021;63:12-20.

<https://doi.org/10.21149/11580>

Juárez-Ramírez C, Treviño-Siller S,
Ruelas-González MG, Théodore F,
Pelcastre-Villafuerte BE.

Mutual Aid Groups as a possible emotional support strategy for indigenous people with diabetes.
Salud Pública Mex. 2021;63:12-20.

<https://doi.org/10.21149/11580>

Resumen

Objetivo. Reflexionar sobre el apoyo emocional que los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) dan a personas indígenas con diabetes y su importancia en el apego al tratamiento.

Material y métodos. Estudio cualitativo: 25 entrevistas semiestructuradas; tres grupos focales (17 participantes); y observación no participante. Se realizó análisis de contenido con el apoyo del programa Atlas-ti. **Resultados.** Se identificaron expresiones emocionales relacionadas con el padecimiento. La opinión sobre el trabajo grupal fue positiva. El GAM es un espacio de catarsis, pero no funciona como soporte para enfrentar las restricciones del tratamiento y el impacto emocional en caso de complicaciones mayores. **Conclusiones.** Con la debida capacitación del personal de salud a cargo de los grupos, los GAM pueden llegar a ser espacios de soporte emocional para las personas indígenas y contribuir a su bienestar.

Palabras clave: pueblos indígenas; grupos de autoayuda; salud mental; diabetes mellitus tipo 2

Abstract

Objective. To think about the emotional support that Mutual Aid Groups (MAG) offer up to indigenous people with diabetes and their importance in adherence to treatment.

Materials and methods. Qualitative study: 25 semi-structured interviews; 3 focus groups (17 participants); and non-participant observation. Content analysis was carried out with the support of the Atlas-ti program. **Results.** We identified emotional expressions related to the disease. The opinion about MAGs and group work was positive. The MAG is a catharsis space, but it does not work as a support to face the restrictions of the treatment and the emotional impact in case of major complications. **Conclusions.** With proper training of the health personnel in charge of the groups, MAGs can become emotional support spaces for indigenous people and contribute to their well-being.

Keywords: indigenous peoples; self-help groups; mental health; type 2 diabetes

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Ciudad de México, México.

(2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(4) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 17 de mayo de 2020 • **Fecha de aceptado:** 30 de septiembre de 2020 • **Publicado en línea:** 21 de diciembre de 2020

Autor de correspondencia: Dra. Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: blanca.pelcastre@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

En México, la diabetes tipo 2 es un importante problema de salud pública, por ende, se ha publicado innumerable evidencia respecto a la magnitud, prevalencia, factores predisponentes, tratamientos, costos de la atención y complicaciones médicas por esta enfermedad.^{1,2} Los datos que arroja la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (Ensanut 2016) señalan que el reporte de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue mayor en mujeres (10.3%) que en hombres (8.4%).³ Tales cifras representan aproximadamente a 6.4 millones de personas que padecen dicha enfermedad,⁴ de las cuales 46.4% no realiza ninguna medida preventiva.³

En relación con la atención médica, uno de los principales problemas a los que se enfrenta el personal de salud es cómo fomentar en las personas el apego al tratamiento para controlar la enfermedad.⁵ Este es un reto tanto para el personal de salud como para los pacientes, quienes deben hacer cambios o ajustes importantes en su vida diaria: adaptarse a una dieta especial, realizar actividad física y prácticas de autocuidado, entre otros.⁶ Para sostener estos cambios, los pacientes requieren capacidades personales como disciplina y fuerza de voluntad, pero también de adaptaciones en diferentes ámbitos de la vida.⁷

Desde una mirada externa parecerían cambios sencillos, sin embargo, existe evidencia científica que muestra las implicaciones psicológicas y emocionales de padecer una enfermedad crónica, las cuales se complejizan socialmente según el grupo de pertenencia y la posición en la escala social.^{8,9} En el caso de la población indígena, en México se conoce muy poco respecto de estas implicaciones psicológicas/ emocionales vinculadas a la diabetes y el proceso de apego al tratamiento.

Pese a que México es una nación multicultural (68 grupos etnolingüísticos que hablan 364 variantes lingüísticas),¹⁰ se carece de estadísticas vitales específicas respecto de la población indígena y el impacto de la diabetes en ella. A diferencia de países como Australia o Canadá, en donde investigaciones reportan mayores problemas depresivos entre población aborigen/indígena después del diagnóstico de diabetes, en comparación con población no indígena.¹¹

La atención psicológica/ emocional, campo de estudio de la salud mental, es un ámbito al que se le destinan pocos recursos en los países de ingresos bajos y medios, México no es la excepción.¹² Se calcula que a escala mundial, 80% de los recursos en salud se destinan a servicios hospitalarios,¹² pero poco a prevención y menos para poblaciones desfavorecidas como la indígena. Lo anterior es una muestra de la inequidad en la atención a la salud y refleja una crisis global de enormes dimensiones, que repercute en el sufrimiento individual de estas poblaciones ante la falta de servicios adecuados para atender la demanda de atención a la salud mental.¹³

En México, en 1995, se inició una estrategia nacional llamada Grupos de Ayuda Mutua (GAM)¹⁴ para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Los GAM se definieron como “la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de diabetes”,¹⁵ y tienen el objetivo de favorecer el apego al tratamiento mediante actividades educativas en salud. Aunque existen algunas publicaciones sobre los GAM en México,^{16,17} poco se sabe sobre el resultado de esa estrategia, sin embargo, reportes actuales de los servicios estatales de salud muestran su continuidad y vigencia.¹⁸ Para el programa sectorial de salud 2018-2024, la atención a la salud mental se encuentra dentro de las prioridades, así como la atención a la salud de la población indígena.¹⁹

Con la intención de generar evidencia que pueda ser utilizada para mejorar las estrategias de soporte a la salud emocional, tendiente a fortalecer el apego al tratamiento, este artículo se enfoca en responder la pregunta: ¿pueden los GAM convertirse en una estrategia de apoyo emocional para las personas indígenas que padecen diabetes?

Material y métodos

El diseño de la investigación fue exploratorio y con enfoque cualitativo.²⁰ La recolección de información empírica se realizó en Yucatán y Quintana Roo durante 2009-2012. Para actualizar los datos sobre el desarrollo de la diabetes tipo 2 y atención a la salud mental, se realizó una búsqueda de los últimos diez años de estadísticas disponibles (cuadro I).

Diseño de la muestra

La muestra se compuso por personas que se atendían por diabetes tipo 2 en centros de salud (CS). Primero se identificaron todos los CS y se revisaron las estadísticas de casos de diabetes. Posteriormente se seleccionaron de manera intencionada los CS que tuvieran GAM, los cuales podían ser incipientes (llamados “clubes para personas con diabetes” que se correspondían con CS con menos infraestructura) o consolidados (se correspondían con CS con más infraestructura). Para tener un panorama global de los GAM, se eligieron en Quintana Roo dos localidades y un CS con GAM (clubes) por localidad. En Yucatán se hizo la misma selección sólo que se incluyó una tercera localidad debido a que tenía grupos consolidados.

Las personas fueron seleccionadas conforme a los siguientes criterios: a) ser hombre/ mujer con diagnóstico de diabetes tipo 2; b) asistir regularmente a sesiones de GAM; c) tener mínimo 18 años de edad; d) hablar

un idioma diferente al español (criterio de etnicidad); y e) otorgar consentimiento informado para participar en la investigación.

Recolección de información

Partiendo de registros de pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 en los CS, se construyó una muestra a conveniencia. Del total de la muestra, se seleccionó una submuestra de cinco casos representativos por CS (25 en total) y se les realizó una entrevista semiestructurada. En Yucatán, localidad con GAM consolidados, se realizaron tres grupos focales con los participantes de esos grupos; asistieron en total 17 personas. Adicionalmente, se realizó observación no participante en las comunidades visitadas, en los CS y durante las sesiones de GAM para obtener información del contexto. En todos los casos con previa elaboración de guía. La recolección de información se realizó en total en cinco localidades de dos estados y participaron 42 personas.

Análisis de los datos

Las entrevistas y grupos focales fueron audioregistrados y transcritos literalmente. Se realizó el análisis cualitativo de contenido²¹ con el apoyo del software ATLAS.ti, v. 6.* En este artículo sólo se reportan los hallazgos de dos temas explorados tanto en las entrevistas individuales como en los grupos focales: a) función terapéutica emocional de los GAM (categoría emergente); y b) función de los GAM en el apego al tratamiento.

Consideraciones éticas

Se consideraron los aspectos de ética de la investigación contemplados en la Declaración de Helsinki.²² El protocolo fue aprobado por las comisiones de ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) el 11 de marzo de 2009.

Resultados

A partir de información estadística se puede concluir que de 2008 a 2019 las detecciones de diabetes tipo 2 aumentaron en Quintana Roo y disminuyeron en Yucatán. Se ingresaron más pacientes a tratamiento en el primer estado y tiene mayor número de casos totales contabilizados. Ambos estados muestran aumento de defunciones. Respecto de la atención a la salud mental,

Quintana Roo aumentó más de cuatro veces el número total de consultas, mientras que Yucatán llegó casi al doble. En contraste, los consultorios de psicología y psiquiatría disminuyeron en Quintana Roo, y aumentaron poco en Yucatán (cuadro I).

En relación con los datos empíricos, las principales características sociodemográficas fueron las siguientes: la mayoría de los participantes fueron mujeres dedicadas al hogar (37) y en menor medida, hombres campesinos (cinco). El rango de edad de las personas entrevistadas individualmente fue de 37 a 69 años, y de los grupos focales de 34 a 77 años. El tiempo de padecer la enfermedad fue de 1 a 30 años. Casi todos los participantes vivían en pareja y eran bilingües. La mayoría reportó tener primaria inconclusa o no tener escolaridad. De igual manera, declararon que obtenían atención médica gratuita en servicios de atención pública.

Resultados de observación no participante sobre GAM: Había dos tipos de grupos, unos poco organizados llamados “clubes de diabéticos”, que funcionaban con personas que asistían a reuniones mensuales del programa social *Oportunidades*. Los más consolidados y acreditados funcionaban con estrategia de GAM: tenían líder identificado, temas programados para prevenir complicaciones por diabetes (alimentación, actividad física, toma correcta de medicamentos) y sesionaban de manera independiente (CS de Yucatán con mayor infraestructura).

Aunque el apoyo emocional no formaba parte de los objetivos formales y no había método de trabajo específico para manejar situaciones emocionales, durante reuniones de grupos consolidados, los integrantes compartían sentimientos espontáneamente durante la sesión, generalmente sus intervenciones narraban avatares cotidianos para sobrellevar su padecimiento, denotando malestar emocional; en respuesta, recibían comentarios empáticos de sus pares, pero no se ofrecía asesoría específica por parte de los miembros ni de los coordinadores del grupo sobre cómo lidiar con dicho malestar.

Opiniones sobre función terapéutica emocional en GAM

Al recibir el diagnóstico y antes de participar en GAM

Las narraciones de entrevistas individuales coincidieron en la ruptura en la normalidad de la vida cotidiana al saberse enfermos de diabetes. Los participantes creyeron que padecer diabetes significaba la muerte y sintieron miedo. Su fuente de información sobre la enfermedad provenía de familiares/amigos cercanos que la padecían. Al referirse a la angustia emocional, utilizaron diversas expresiones culturales relacionadas

* ATLAS.ti Scientific Software Development. ATLAS.ti 6. Berlin: Scientific Software Development, 2011.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y ESTADÍSTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS EN QUINTANA ROO Y YUCATÁN.
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, MÉXICO

Cuadro I

		Salud mental						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total de médicos psiquiatras								
Quintana Roo	11	10	6	8	9	6	8	
Yucatán	19	19	20	35	38	44	35	
Número de consultorios de psiquiatría y psicología								
Quintana Roo	28	30	41	39	40	43	42	
Yucatán	45	49	56	80	99	102	87	
Consultorios de psiquiatría y psicología como porcentaje del total de consultorios								
Quintana Roo	2.7	3.0	4.8	4.5	4.6	4.8	4.8	
Yucatán	3.7	3.9	4.5	6.3	7.3	7.4	6.5	
Total de camas destinadas al área de psiquiatría								
Quintana Roo	5	4	4	4	4	3	3	
Yucatán	160	160	160	160	137	135	139	
Consultas de salud mental								
Primera vez	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quintana Roo	3 097	3 557	1 472	1 239	1 281	1 783	3 130	3 263
Yucatán	4 335	5 652	5 220	13 734	13 454	18 932	20 074	18 877
Subsecuentes								
Quintana Roo	5 916	9 481	2 477	2 051	2 035	3 018	6 785	6 442
Yucatán	10 347	11 701	11 389	17 445	19 638	22 841	26 767	24 472
Totales								

(continúa..)

(continuación)

Quintana Roo	9 013	13 038	3 949	3 290	3 316	4 801	9 915	9 705	13 883	20 082	25 434	37 464
Yucatán	14 682	17 353	16 609	31 179	33 092	41 773	46 841	43 349	41 677	40 240	25 703	26 100
Detecciones de diabetes mellitus	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quintana Roo	14 831	11 282	10 615	15 022	10 099	10 292	14 350	18 236	12 152	26 539	21 911	23 832
Yucatán	57 669	53 332	24 000	19 015	12 923	17 059	16 010	13 841	12 057	6 171	9 082	7 828
Nuevos pacientes ingresados a tratamiento por diabetes mellitus												
Quintana Roo	1 129	952	966	1 740	1 529	1 395	1 080	1 455	2 246	1 815	1 718	2 063
Yucatán	1 436	1 405	1 366	1 124	1 006	923	1 152	1 253	51	1 095	273	215
Total de casos contabilizados de diabetes mellitus*												
Quintana Roo	74 081	87 308	99 938	112 846	121 004	130 079	136 105	165 764	134 808	171 257	156 245	128 296
Yucatán	182 198	196 821	207 441	222 937	221 934	232 478	236 246	253 222	20 857	126 960	172 489	126 896
Defunciones por diabetes mellitus												
Quintana Roo	396	445	485	533	482	593	662	710	827	929	835	821
Yucatán	1 095	1 131	1 103	1 240	1 147	1 231	1 299	1 361	1 543	1 580	1 625	1 446
Defunciones por diabetes mellitus como porcentaje de las defunciones totales												
Quintana Roo	13.8	15.3	15.4	15.9	14.7	16.4	17.7	18.2	18.3	18.9	16.2	14.3
Yucatán	14.4	14.2	13.7	14.4	13.8	14.3	14.6	14.9	14.9	15.2	16.2	14.0

* Se contabilizan los pacientes recién diagnosticados, los que se encuentran en tratamiento y los casos controlados pertenecientes a IMSS, ISSSTE, Oportunidades, Sedena, Semar, Pemex y SS.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sedena: Secretaría de Marina

Pemex: Petróleos Mexicanos

SS: Secretaría de Salud

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud (varios años)

con creencias sobre la diabetes, las que clasificamos en: a) originadas por emociones extremas y mal manejadas; b) relacionadas con castigos por malas acciones; y c) relacionadas con aspectos mágicos. Esas creencias posteriormente las contrastaron con información médica al iniciar su tratamiento (cuadro II).

Las principales angustias de los participantes se relacionaron con la cronicidad de la enfermedad, la que interpretaron como "no tiene cura". Las restricciones alimentarias y tener que hacer ejercicio como prescripción médica les generó malestar. La información proveniente de amistades y familiares les hizo suponer situaciones de dependencia a partir de su condición de enfermos; quienes estaban en fases tempranas de la enfermedad, no entendieron lo "crónico" como un proceso. En cambio, el temor a la dependencia lo vivían intensamente quienes ya sufrían complicaciones médicas (problemas de la vista, amputaciones). Para sentirse mejor, realizaban prácticas de contención emocional (cuadro III).

Después de ingresar a los GAM

En contraste con las opiniones anteriores, una vez que los pacientes iniciaron su participación en las sesiones

del GAM, compararon su experiencia con la de otros pacientes en las mismas circunstancias. Empezaron a cambiar su percepción como enfermos de diabetes y su opinión respecto del significado de restricciones médicas.

Resultados de entrevistas individuales y grupos focales coincidieron en la participación inicial de los pacientes en el GAM por indicación médica; con el paso del tiempo lo identificaron como opción para pasar el rato, aprender cosas nuevas y sentirse a gusto. Los participantes se sintieron comprendidos, dormían mejor; el GAM les proporcionaba alivio. Les gustaba realizar actividades con otros pacientes; disminuía su soledad; tenían más control sobre la enfermedad porque el personal médico los revisaba en cada sesión. Mencionaron la importancia de aceptar la enfermedad para cumplir con la prescripción médica, así como participar en el grupo les ayudó a encontrar fuerza para seguir adelante con el tratamiento y resistir la depresión que sintieron a partir del diagnóstico. Otra atribución del grupo señalada fue fortalecer el tejido social. Al identificarse entre vecinos de la comunidad, establecieron vínculos de amistad y ocurrieron otras formas de ayuda entre ellos, como recordarse las fechas y horas de reunión del grupo.

Cuadro II
CREENCIAS CULTURALES SOBRE EL ORIGEN DE LA DIABETES. QUINTANA ROO Y YUCATÁN, 2009-2012

Creencias culturales sobre el origen de la diabetes	Significado de la creencia para los entrevistados	Ejemplo de narraciones de los entrevistados que describen la creencia
Se origina por emociones extremas y mal manejadas provocadas por las adversidades de la vida (muerte, violencia intrafamiliar, alcoholismo y pobreza)	Las emociones fuertes pueden ocasionar que el cuerpo y el alma enfermen	“...Murió también mi papá, murió mi mamá y yo lo pensaba mucho. Ahora me arrepiento de haberlos pensado mucho y digo que no debí, si ya nunca iban a regresar, ya estaban muertos. Pero mientras a mí me dio [la diabetes] por pensarlo mucho, se revolvió mi azúcar con los nervios que dicen los doctores, se mezclaron...” (entrevista individual/mujer/Yucatán)
Se origina por un castigo, por realizar malas acciones	Se recibe un castigo por actuar mal con los familiares o vecinos	“... Mi pobre hijita... estaba bien su piecito, caminaba bien, pero en que dejó de venir a ver su madre... dejó de traerle comida, pero cuando oímos que duele su piecito que ya no puede caminar ¿eso quién lo hace? Dios, Dios lo hace, ¿por qué no quiere venirme a ver aquí? A ver que estoy sufriendo aquí... le castigaron por Dios para que no camine...” (entrevista individual/mujer/Quintana Roo)
Creencias mágicas	Hay personas que tienen poderes y pueden hacer daño, mandan enfermedades porque alguien se los pide o porque tienen algo en contra. En la naturaleza también hay fuerzas que provocan enfermedades	“...Hay cosas que no lo entienden los doctores porque como dicen que es viento, que te lo da por medio de viento... los doctores dicen que no tienes nada... es maldad como quien dice, lo mandan...es un viento malo como quien dice, las personas que lo saben hacer que hacen la magia negra... por envidia...” (entrevista individual/mujer/Yucatán)

Cuadro III
EXPRESIONES DE MALESTAR EMOCIONAL
RELACIONADO CON LA DIABETES.
QUINTANA ROO Y YUCATÁN, 2009-2012

¿Cómo nombraron al malestar emocional?	¿Qué hicieron para sentirse mejor y seguir adelante?
Angustia	Rezar
Desesperación	Pedirle a Dios sanar
Miedo	Ir a misa
Nervios	Hablar con la familia y los amigos
Nostalgia	Leer la Biblia
Peña	Ir a los GAM
Preocupación	
Resignación	
Soledad	
Susto	
Sufrimiento	
Tristeza	
Vergüenza	

n: 42

GAM: Grupos de Ayuda Mutua

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas individuales y grupos focales

En el GAM, los participantes aprendieron que la decisión de cuidarse es un acto voluntario para vivir la enfermedad con una mayor calidad de vida. Es un hecho destacable su decisión de reunirse en grupo, pasara bien con sus compañeros también enfermos y buscar formas de seguir las recomendaciones médicas con sus escasos recursos, apoyarse entre ellos y resistirse al abatimiento moral. Al comprender que se trataba de una enfermedad que no se cura, sabían que la muerte no ocurriría pronto y que podían divertirse y fortalecer los lazos de amistad y vecindad. Algunos participantes se involucraron con los CS, aprendieron a vacunar y colaboraron con el personal de salud; con esas actividades se sintieron útiles para la comunidad y mejoraron su autoestima (cuadro IV).

Función de los GAM en el apego al tratamiento

De los resultados de los grupos focales destacan las actividades realizadas para mejorar el apego al tratamiento mediante actividades de apoyo comunitario (recordato-

Cuadro IV
OPINIONES SOBRE LA FUNCIÓN TERAPÉUTICA DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA.
QUINTANA ROO Y YUCATÁN, 2009-2012

	¿Cómo se sentían?	¿Para qué sirvió el GAM? (apego al tratamiento)	Ejemplos de testimonios de los participantes
Antes de participar en el GAM	<p>Aislados</p> <p>Les daba vergüenza su condición</p> <p>Pensaban que iban a morir pronto</p>	<p>El grupo es un espacio en donde reciben consejería acorde con su padecimiento crónico</p> <p>Reforzamiento de medidas diarias para sostener cambios comportamentales, evitando consumir productos dañinos para su padecimiento</p> <p>Consejería para activarse físicamente</p> <p>Tomar adecuadamente sus medicamentos</p> <p>Se dificulta seguir la dieta prescrita por falta de recursos económicos, en el GAM aprenden cómo sustituir alimentos caros por otros más baratos con iguales propiedades nutrimentales</p> <p>Tuvieron mejor control de sus índices metabólicos</p> <p>Recibieron vigilancia periódica del personal de salud</p> <p>Aprendieron el valor que tiene realizar sus actividades caminando</p>	<p>“... Me decía [esposo enfermo] ‘¿Cómo voy a ganar, mujer? ¿Cómo vas a hacer dinero?’ se deprimió como un año. Me decía: ‘Y cómo vas hacer con los niños?...’” (entrevista individual/mujer/Yucatán)</p> <p>“Cuando fui la primera vez, me sentí muy triste, digo: ‘Dios mío me voy a morir’. Esta cosa dicen que mata a uno, acá me puse a pensar...” (entrevista individual/mujer/Yucatán)</p> <p>“...Nos distraemos riendo, bailando...hace como año ocho meses que voy allá al GAM... platicamos de nuestras enfermedades, de cómo te va, que se subió mi azúcar, que a mí me duele mi pie, que a mí mi cabeza... ‘por qué tomaste tu coca cero’... ¡seguramente hiciste más ejercicio y se te pasó!... Ayer por ejemplo estuve feliz... cuando llegué le digo a mi hija: ¡vino la doctora, una muchacha que estaba a gusto con nosotros!” (entrevista individual/mujer/Yucatán)</p>
Después del ingreso al GAM	<p>Hicieron nuevas amistades</p> <p>Fomentaron lazos de cooperación entre los vecinos</p> <p>Les gustaba ir al grupo a conversar</p> <p>Se sintieron acompañados</p> <p>Se sintieron acompañados en su enfermedad por el personal de salud</p> <p>Hacían cosas diferentes a su cotidianidad como bailar</p>	<p>“... [en el GAM] Me distraigo en que estoy chismeando con mis amigas y todo pos, cuando yo me vaya me siento bien... Es muy bonito venir al relajo, olvidas tus problemas... Cuando llegues en tu casa ‘tas contenta...’ Aunque adolorida pero contenta... primero por obligación, luego por distracción... Yo ni lo pongo en mi cabeza si tengo diabetes... tu enfermedad lo tienes que aceptar, sino aceptas que eres diabética... rápido te vas a la depresión” (grupo focal 3)</p>	

n: 42

GAM: Grupos de Ayuda Mutua

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas individuales y grupos focales

rios para asistencia, compartir recetas de alimentos, realizar actividad física acompañados); soporte emocional (socializar problemas cotidianos, escuchar tristezas y miedos); fortalecer cambios de estilo de vida. Fue más frecuente la asistencia de quienes todavía no desarrollaban complicaciones médicas. Quienes no asistían se encontraban en niveles avanzados de la enfermedad y eran adultos mayores, algunos ya con cierta discapacidad. En las sesiones de GAM, se hacían recomendaciones para elaborar alimentos adecuados a sus preferencias pero manteniendo las restricciones dietéticas. Hacían comentarios y recibían recomendaciones sobre medicamentos prescritos, así como mezclas de plantas medicinales que utilizaron para sentirse mejor.

Se encontraron diferencias en las narraciones sobre el conocimiento de la enfermedad y el manejo de los síntomas dependiendo del tiempo que tenían acudiendo a los GAM y si el grupo funcionaba de manera regular o no. Quienes tenían menos tiempo apenas estaban construyendo lazos de unión, tenían poco intercambio de bienes y servicios y se observó en ellos menor comprensión sobre cómo se desarrollaba la enfermedad. Todavía no se corporizaba la importancia de la alimentación y la actividad física; se encontraban en una etapa de seguimiento de recomendaciones médicas, sin desarrollar actividades por iniciativa propia. En cambio, quienes tenían más tiempo acudiendo a los GAM, mostraron más dominio sobre el curso de la enfermedad y programaban acciones entre ellos sin depender del personal médico.

Para el apego al tratamiento, otro hecho destacable en el que coincidieron fue la importancia de que los grupos fueran coordinados por un líder que los motivara a tomar acciones a favor de su salud y que sesionaran con regularidad. La diferencia entre los grupos consolidados y los que funcionaban de manera irregular fue notoria: los consolidados realizaban más actividades, independientemente del personal de salud (cuadro IV).

Discusión

Los principales hallazgos empíricos de este estudio indican que a partir del padecimiento de enfermedades crónicas como la diabetes, quienes la padecen requieren de soporte emocional para favorecer el apego al tratamiento y mejorar los comportamientos saludables, sin importar el origen étnico.²³ Pese a ello, las estadísticas del análisis de los últimos 10 años muestran un número reducido de profesionales de la salud mental disponibles para atender casos en los servicios públicos de salud (cuadro I); no obstante, el incremento de casos totales de diabetes y del número de consultas de salud mental (de las que se desconoce el motivo de consulta) en Quintana Roo y Yucatán es un dato que llama la atención.

Los grupos terapéuticos han sido utilizados en otros países con población indígena para fomentar el apego al tratamiento de diabetes.^{11,24} En México, este trabajo todavía es incipiente y existen diversos problemas sociales, como la violencia social, que contribuyen a generar un ambiente cotidiano de ansiedad, depresión y trauma, y se suman al malestar emocional de quienes padecen una enfermedad crónica.⁹ Kirmayer señala que estas circunstancias reducen las capacidades de bienestar y desarrollo humano y complejizan los dispositivos institucionales de atención psicológica / emocional.²⁵ Lo anterior representa un doble reto para las instituciones de salud.

Los datos aquí presentados muestran la necesidad de ampliar el panorama sobre lo que tradicionalmente se ha percibido como la atención a la salud mental (vinculada a desórdenes psiquiátricos o abuso de sustancias como alcohol y drogas), y abrirlo hacia las circunstancias cotidianas que en el contexto actual son generadoras de malestares emocionales.²⁶ En este sentido, la eficacia terapéutica del trabajo grupal radicó en la identificación con sus pares al compartir emociones, sentimientos, condiciones sociales, económicas y culturales en torno a las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento; así como el sentido de identidad dado por el uso del mismo idioma, hablado y simbólico.

Durante el desarrollo de esta investigación, los GAM ya constituyan un espacio de socialización y de catarsis donde las personas que padecen diabetes podían no sólo recibir información de educación en salud, sino también compartir sus emociones. Sin embargo, si bien un espacio de socialización con pares es benéfico,^{27,28} el personal de salud a cargo de los grupos no contaba con entrenamiento en salud mental que posibilitara manejar adecuadamente vivencias y emociones compartidas por las personas y que permitiera la sinergia adecuada. En este sentido, la eficacia terapéutica de los GAM fue limitada: si bien abría un espacio donde expresarse, su función se centraba en ofrecer información sobre la enfermedad y hacer recomendaciones de cuidados, ya que el personal que los conducía no tenía el tiempo ni la competencia necesaria para trabajar aspectos emocionales y culturales que pudieran afectar el manejo y la vivencia de la enfermedad, aspectos que a su vez podrían influir en la adherencia terapéutica. A lo que más aspiraban las personas que acudían al GAM era recibir recomendaciones generales, basadas más en estándares internacionales⁵ que en condiciones sociales y culturales específicas de integrantes del grupo.^{8,29}

Sin embargo, una diferencia importante la constituyó el hecho de la composición de los GAM, su antigüedad, continuidad en la conducción, funciones y seguimiento a resultados con respecto a mejoras en cambios de comportamiento y adopción de conductas más saludables.

En este sentido, uno de los principales aportes de este estudio es la reflexión sobre los retos que este trabajo grupal terapéutico implica en contextos de diversidad cultural, así como su vigencia en el contexto actual.

Conclusiones

La investigación en salud mental entre población indígena es escasa, y es un reflejo de la inequidad en salud que hoy en día continúa desfavoreciendo a esta población. Respondiendo a la pregunta central de este artículo, los GAM sí pueden profesionalizarse en este tema, para ello es necesario capacitar al personal de salud que los maneja; convirtiendo los grupos incipientes en grupos consolidados, transformando las pláticas en verdaderas sesiones educativas, de catarsis, contención emocional y canalización hacia otros apoyos de profesionales de salud mental. Sin embargo, ni en el pasado ni actualmente, los GAM en condiciones de precariedad social y económica garantizan calidad ni posibilitan el automanejo debido a la heterogeneidad con la que funcionan. Pese a ello, deben rescatarse porque son espacios de escucha y fomento de vínculos comunitarios, lo que constituye un aporte que con frecuencia queda invisibilizado.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Ginebra:WHO, 2016.
2. World Health Organization. Report on the global status of noncommunicable diseases. Ginebra:WHO, 2011.
3. Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. México: INSP/SS, 2016.
4. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública Mex. 2018;60(3):224-32. <https://doi.org/10.21149/8566>
5. American Diabetes Association. Introduction: standards of medical care in diabetes 2018. Diabetes Care. 2018;41(supl 1):S1-2. <https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01>
6. Villalobos A, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado LR, Flores-Luna ML, et al. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. Salud Pública Mex. 2019;61(6):876-87. <https://doi.org/10.21149/10546>
7. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. Desacatos. 2018;58:104-13. <https://doi.org/10.29340/58.1999>
8. Franck SM, Durden ET. Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatan, Mexico. Soc Sci Med. 2017;172:64-71. <https://doi.org/10.1016/j.socsci.med.2016.11.024>
9. Juárez-Ramírez C, Théodore FL, Villalobos A, Jiménez-Corona A, Lerin S, Nigenda G, et al. Social support of patients with type 2 diabetes in marginalized contexts in Mexico and its relation to compliance with treatment: A sociocultural approach. PLoS One. 2015;10(11):e0141766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141766>
10. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. En el país, 25 millones de personas se reconocen como indígenas: Inali. Comunicado a medios No. 03. México: Inali, 2019 [citado mayo 5, 2020]. Disponible en: <https://www.inali.gob.mx/es/comunicados/701-2019-02-08-15-22-50.html>
11. Payne C. A diabetes support group for Nywaigi women to enhance their capacity for maintaining physical and mental wellbeing. Contemp Nurse. 2013;46(1):41-5. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.46.1.41>
12. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Ginebra:WHO, 2018.
13. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet. 2007;370(9594):1241-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
14. Daniel M, Green LV, Marion SA, Gamble D, Herbert CP, Hertzman C, et al. Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, Canada. Soc Sci Med. 1999;48(6):815-32. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00403-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00403-1)
15. Lara-Esqueda A, Aroch-Calderón A, Aurora-Jiménez R, Arceo-Guzmán M, Velázquez-Monroy O. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Arch Cardiol Mex. 2004;74(4):330-6.
16. Muñoz-Reyna AP, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. Arch Med Fam. 2007;9(2):87-91.
17. Tejada-Tayabas LM, Rios-Lugo MJ. The role of mutual support groups for the control of diabetes in a Mexican City: Achievements and limitations from the patients' perspective. Health. 2014;6(15):1984-93. <https://doi.org/10.4236/health.2014.615233>
18. Gobierno de Yucatán. Informe del Gobierno de Yucatán 2012-2018, capítulo Salud. Yucatán: Gobierno del Estado de Yucatán, 2017.
19. Secretaría de Salud. Programa sectorial de salud 2019-2024. México: SS, 2019.
20. Denzin NK, Lincoln YS. Manual de investigación cualitativa. España: Gedisa, 2012.
21. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. 2003;2(1):53-82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>
22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki (primera versión en 1964). Brasil: AMM, 2013.
23. Crowshoe L, Dannenbaum D, Green M, Henderson R, Hayward M, Toth E. Type 2 Diabetes and indigenous peoples. Can J Diabetes. 2018;42(supl 1): S296-306. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.022>
24. Simmons D, Voyle JA, Rush E, Dear M. The New Zealand experience in peer support interventions among people with diabetes. Fam Pract. 2010;27(supl 1):53-61. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp012>
25. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Soc Sci Med. 1989;29(3):327-39. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90281-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90281-5)
26. Eroza-Solana E. El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. Las narrativas entre los tsotsiles de San Juan Chamula. México: Casa Chata, 2016.
27. Adams K, Paasse G, Clinch D. Peer-support preferences and readiness-to-change behaviour for chronic disease prevention in an urban indigenous population. Australian Social Work. 2011;64(1):55-67. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2010.541269>
28. Brownson CA, Heisler M. The role of peer support in diabetes care and self-management. Patient. 2009;2(1):5-17. <https://doi.org/10.2165/01312067-200902010-00002>
29. Montesi L. Ambivalent food experiences: Healthy eating and food changes in the lives of Ikoits with diabetes. Int Rev Soc Res. 2017;7(2):99-108. <https://doi.org/10.1515/irsr-2017-0012>