Capítulo 4

Creencias sobre los medicamentos del adulto Yoreme Mayo con Diabetes Tipo 2

Liliana Estefanía Ramírez Jaime¹
Clarisa Guadalupe Armenta López²
Cristina Isabel Heredia Aboyte³

<https://doi.org/10.61728/AE24140058>

¹ Doctorante en Educación. Profesora, Facultad de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1008-6843>

² Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9600-6325>

³ Doctorante en Educación, Maestra en Salud Pública, Profesora, Facultad de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. <https://orcid.org/0000-0001-9157-156X>

Resumen

Introducción: La Diabetes Tipo 2 es un grave problema de salud que afecta mayormente a población vulnerable como los pueblos indígenas, como el Yoreme Mayo, las creencias sobre los medicamentos varían ampliamente entre diferentes culturas y comunidades indígenas. *Objetivo:* Describir las creencias sobre los medicamentos de indígenas Yoreme Mayo de una comunidad rural del municipio de El Fuerte, Sinaloa, México. *Metodología:* Estudio descriptivo y transversal en 50 adultos hombres y mujeres con diagnóstico médico previo de diabetes tipo 2 que asistían a una clínica de salud de una comunidad rural del municipio del Fuerte, Sinaloa, México. El muestre fue no probabilístico por bola de nieve. Para la colecta de datos se utilizó una cédula de datos y el cuestionario de creencias sobre la medicación y el análisis de datos fue en SPSS 27.0. *Resultados:* Se incluyeron a 50 adultos Yoreme Mayo con Diabetes Tipo 2, el 70 % (n = 35) fueron mujeres y el 30 % (n = 15) fueron hombres. La edad promedio fue de 60.48 años (DE = 14.19), con 7.64 años de estudios (DE = 4.49). El ingreso económico mensual familiar tuvo una media de 5,690.00 pesos mexicanos (DE = 1,508). Las creencias de los medicamentos se encontraron en moderada y fuerte. *Conclusiones:* Los adultos Yoreme Mayo con Diabetes Tipo 2 tienen creencias sobre los medicamentos moderada y fuerte, lo que sugiere que si aceptan sus medicamentos para el control de la enfermedad.

Introducción

En la actualidad, la diabetes representa un importante desafío para la salud pública debido a su alta incidencia y elevada tasa de mortalidad. Se trata de una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no la utiliza de manera efectiva. Según la clasificación establecida en 2023 por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), existen cuatro categorías de diabetes: la diabetes tipo 1, caracterizada por una deficiencia en la producción de insulina; la Diabetes Tipo 2 (DT2), que se desarrolla debido a la incapacidad del organismo para utilizar la insulina de manera adecuada; la diabetes gestacional, que se diagnostica cuando se presenta hiperglucemia durante el segundo o tercer trimestre del embarazo; y la diabetes causada por otras razones. Dentro de esta clasificación, la DT2 presenta la mayor prevalencia a nivel mundial, abarcando aproximadamente entre el 90 % y el 95 % de los casos (ADA, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La DT2 es una emergencia de salud que está experimentando un crecimiento vertiginoso a nivel mundial. En el año 2021, se estimó que aproximadamente 537 millones de personas padecían esta enfermedad. Las proyecciones indican que para el año 2030, esa cifra aumentará a 748 millones y para el año 2045 se espera que alcance los 700 millones. Es alarmante observar que más de cuatro millones de personas entre 20 y 79 años murieron debido a la diabetes en el año 2019 (Federación Internacional de la Diabetes, [IDF], 2019).

La prevalencia de la DT2 en México también ha experimentado un incremento significativo. El país figura en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con esta enfermedad. En 2012, el porcentaje de la población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes era del 9.7% en mujeres y del 8.6% en hombres. Sin embargo, en 2018, estas cifras aumentaron a 11.4% en mujeres y 9.1% en hombres, lo que demuestra un incremento importante en los últimos años (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, [ENSANUT] 2018).

Un dato preocupante es que únicamente un poco más del 30 % de los pacientes con DT2 en el país se encuentran en control glucémico, lo que sugiere que la mayoría no presenta cifras óptimas para el manejo de la enfermedad. Esta situación incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones micro y macrovasculares, lo que a su vez aumenta la probabilidad de discapacidad y muerte prematura (ENSANUT, 2018-19). Es fundamental tomar medidas a nivel mundial y nacional para abordar este creciente problema de salud pública. La prevención, el diagnóstico temprano y el adecuado control de la enfermedad son cruciales para reducir la carga de la DT2 en la población y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Se ha evidenciado que las poblaciones que viven en condiciones de pobreza tienen menor nivel de escolaridad y hablan alguna lengua indígena, presentan tasas más altas de DT2. En el territorio mexicano, existen 68 pueblos indígenas, cada uno con su propia lengua originaria, organizados en 11 familias lingüísticas y con 364 variantes dialectales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), aproximadamente 25.7 millones de personas, es decir, el 21.5% de la población, se identifican como indígenas, mientras que 12 millones de habitantes (10.1% de la población) viven en hogares indígenas. Esta población se caracteriza por tener menos acceso a instituciones de salud, menor nivel de educación, y patrones de alimentación y actividad física que los predisponen a padecer DT2, según información del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI, 2019).

En el pueblo originario Yoreme Mayo del norte de Sinaloa, no se disponen de datos específicos sobre la prevalencia de DT2. Sin embargo, en otros pueblos indígenas se ha identificado una prevalencia de DT2 que varía entre el 4 % y el 20 %. La región mayo se encuentra entre el norte del estado de Sinaloa y el sur de Sonora, distribuyéndose sus comunidades en los municipios de El Fuerte, Choix, Guasave, Sinaloa de Leyva y Ahome en Sinaloa, y en los municipios de Álamos, Quirígo, Navojoa, Etchojoa y Huatabampo en Sonora. El territorio mayo abarca una extensión de 7,625 km² y se divide en tres regiones: la falda de la sierra o sierra baja, el valle y la franja costera, con alturas que varían desde el nivel del mar hasta los 2,000 metros, siendo irrigado por los ríos Mayo y Fuerte (INPI, 2017).

El tratamiento integral de la DT2 en adultos implica un control adecuado de la enfermedad. La ADA (2021) incluye en el tratamiento de esta

enfermedad la realización de actividad física suficiente, una alimentación balanceada y el uso de medicación como antidiabéticos orales e insulina. Sin embargo, en el proceso de adopción de estas conductas, pueden existir factores que dificulten el cumplimiento del plan de tratamiento.

La pobreza extrema en los hogares rurales se manifiesta en diversos rezagos, como un mayor porcentaje de personas analfabetas en localidades más pequeñas, la falta de acceso a la educación, viviendas con piso de tierra, carencia de energía eléctrica, falta de acceso al agua y el uso de leña o carbón para cocinar. Alarman las estadísticas que señalan que 1 de cada 2 personas con diabetes aún no ha sido diagnosticada, y 1 de cada 6 adultos presenta intolerancia a la glucosa, la cifra más alta en comparación con otras regiones (Ávila et al., 2018).

La magnitud y alcance de este problema en la economía sanitaria y, sobre todo, en la calidad de vida de los individuos, han despertado un interés sostenido en su estudio desde hace décadas. El objetivo ha sido intentar entender este fenómeno tan complejo, con una etiología multidimensional (Dunbar-Jacob y Schlenk, 2001; Vermeire et al., 2001). La investigación sobre la adherencia al tratamiento ha destacado la influencia de las creencias del paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento (Castillo et al., 2013). La visión de los pacientes sobre lo que ha causado su enfermedad también tiene un papel importante en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico (Beléndez-Vázquez et al., 2006). La situación de la DT2 en poblaciones indígenas y en áreas rurales plantea desafíos importantes para mejorar el acceso a la atención médica y el cumplimiento del tratamiento, lo que podría tener un impacto significativo en la prevención y el manejo de esta enfermedad en dichas comunidades.

En la cultura popular mexicana, en general, existen mitos y creencias relacionados con la disminución de la glucosa en sangre y, con ello, el “control” e incluso la “curación” de la diabetes. Estas creencias se originan en personas influenciadas directamente por la familia, la cultura local o regional, y las tradiciones o costumbres arraigadas en la población mexicana. Es común el uso de hierbas, tallos, hojas, raíces, flores y diversas preparaciones de vegetales, como cactáceas, que se consumen machacados, licuados, crudos o en infusión, entre otros. También circulan creencias populares como la idea de que la diabetes es contagiosa o que un susto

u otra emoción “fuerte” e “inesperada” pueden provocar la diabetes. El uso de medicina tradicional es frecuente en comunidades indígenas y se realizan prácticas que se propagan a partir de remedios elaborados a partir de recurso de la propia comunidad que prometen curar o controlar la enfermedad (Salazar et al., 2018).

Considerando este contexto, explorar las creencias sobre los medicamentos en adultos de la población indígena Yoreme Mayo aporta conocimientos valiosos que permitan mejorar la adaptación del personal de salud a la comunidad indígena y a comprender mejor sus necesidades. Este proceso se convierte en un aprendizaje mutuo entre los profesionales de enfermería y la población, ya que el personal de enfermería debe familiarizarse con las costumbres, raíces, creencias, lengua y el día a día de la población indígena, lo que facilitaría mejorar la adherencia al plan de tratamiento integral. Es por ello que se planteó realizar el estudio con el objetivo de describir las creencias sobre medicamentos en adultos Yoreme Mayo con DT2, pertenecientes a dos comunidades del municipio de El Fuerte, Sinaloa, México. Este estudio busca contribuir a un enfoque más comprensivo y adecuado en el manejo de la diabetes en esta población, promoviendo una atención de salud más inclusiva y efectiva.

Material y métodos

El presente estudio tiene un alcance descriptivo y es de corte transversal (Hernández- Sampieri y Mendoza-Torres, 2018). La población de estudio estuvo conformada por 50 adultos Yoreme Mayos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 93 años, que tenían un diagnóstico médico previo de DT2 con una duración de un año o más. Todos los participantes asistían a consultas para el control de su enfermedad en la Unidad Médica Familiar Rural ubicada en el municipio de El Fuerte, Sinaloa.

Para la selección de la muestra, se empleó un muestreo de tipo no probabilístico con la técnica de bola de nieve. El primer contacto se estableció a través de la institución, y a partir de ahí, se contactó a los demás participantes mediante referencias proporcionadas por los primeros contactos (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2018).

Se incluyeron pacientes con diagnóstico médico previo de DT2 que pertenecen a la cultura Yoreme Mayo. Para este criterio, se consideró a

aquellos pacientes que autoinformaron que su padre o madre, o ambos, pertenecen a la cultura Yoreme Mayo o que habiten en comunidades indígenas (Esparza-Romero et al., 2015). Se excluyeron pacientes con discapacidad para subirse o sostenerse en una báscula, así como aquellos con deterioro visual o auditivo que pudiera afectar la aplicación de los instrumentos (es decir, contestar las preguntas de la cédula de datos e instrumentos). También se excluyeron adultos Yoreme Mayo que no hablen español. Se tomaron en cuenta únicamente las cédulas o cuestionarios que estuvieran completamente llenados y sin errores.

Antes de llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, se procedió a la recolección de los datos sociodemográficos a través de una cédula que incluía la ficha de identificación. Esta ficha estaba compuesta por los siguientes elementos: folio, edad, nivel de escolaridad, año de diagnóstico de la DT2, estado civil, ocupación, etnicidad, peso, talla, IMC y Presión Arterial (PA).

Para evaluar las creencias de los participantes sobre los medicamentos para la DT2, se utilizó el cuestionario de creencias sobre la medicación desarrollado por Rob Horne en 1999. Este cuestionario se divide en dos dimensiones y consta de un total de 18 ítems. La primera dimensión es el cuestionario de creencias sobre la medicación en general, que explora las opiniones generales acerca de los medicamentos y se compone de 8 ítems. Los participantes proporcionaron respuestas utilizando una escala Likert, que abarcaba desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Un ejemplo de uno de los ítems de esta subescala es: “La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando”.

La segunda dimensión es el cuestionario de creencias sobre la medicación específica, el cual explora las opiniones de los participantes sobre su medicación particular. Esta dimensión consta de 10 ítems y también se respondieron utilizando una escala Likert de cinco puntos, que iba desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Un ejemplo de un ítem de esta subescala es: “Me preocupa tener que tomar los medicamentos”.

El cuestionario de creencias sobre la medicación permitió obtener información valiosa sobre las actitudes y percepciones de los participantes

hacia sus medicamentos para la DT2, lo cual es relevante para entender su adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada. La aplicación de estos instrumentos proporcionó una base sólida para el análisis y la interpretación de los datos obtenidos en este estudio descriptivo y transversal sobre la cultura Yoreme Mayo y su relación con la DT2.

Para la recolección de datos, se obtuvo la autorización del comité de investigación y ética en investigación de la Universidad Autónoma de Sinaloa, específicamente de la Facultad de Enfermería Mochis. Una vez que el estudio fue aprobado y se completaron todos los trámites necesarios, se procedió a la Unidad Médica Rural para solicitar la aplicación de los instrumentos a los pacientes que cumplían con las características necesarias. Además, se solicitó la colaboración del personal médico para contactar a personas con DT2 en las comunidades cercanas y aplicarles los instrumentos.

Teniendo en cuenta que el semáforo epidemiológico de la Secretaría de Salud para Sinaloa se encontraba en verde durante el periodo del 10 al 23 de marzo de 2021, se abordó a los participantes antes de su consulta en la unidad médica rural de Estación Vega. También se visitaron algunos hogares donde se sabía que vivían personas con DT2, pero que por algún motivo no habían asistido a consulta. En caso de que el riesgo epidemiológico por COVID-19 cambiara a color naranja, las encuestas no se realizarían de forma presencial, sino de manera virtual a través del programa Microsoft Forms y compartiéndolas en diferentes redes sociales como Facebook y WhatsApp.

Al abordar a las personas, se les preguntó sobre su edad y si habían sido diagnosticadas con DT2. Aquellas que cumplían con los criterios de inclusión, hablaban español y mostraron interés en participar, fueron llevadas a un área privada donde se les explicó la dinámica del estudio. Se les leyó el consentimiento informado y, una vez que el paciente confirmó su participación, se les entregó el documento para ser firmado. Luego se continuó con la aplicación de la cédula de datos personales, la medición de valores antropométricos y la administración de los instrumentos.

Durante todo el proceso, se tomaron medidas para garantizar la seguridad sanitaria. Se mantuvo la sana distancia y se siguieron las medidas

higiénicas, como el lavado de manos con gel antibacterial antes y después de cada contacto con el participante. Además, se utilizó permanentemente cubrebocas N95 y careta para proteger tanto a los investigadores como a los participantes.

En la Unidad Médica Rural y en los domicilios de los participantes, se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: primero la cédula de datos personales y luego el cuestionario de creencias sobre la medicación (Beliefs about Medicines questionnaire, de Rob Horne). Durante la aplicación de la cédula de datos personales, se emplearon una báscula y una cinta de medición, junto con una calculadora para determinar el IMC. Durante la entrevista, cada uno de los instrumentos se leyó de manera clara al participante, y sus respuestas se registraron cuidadosamente. Al finalizar, el responsable de la investigación revisó que los formularios estuvieran completos y se agradeció al participante por su colaboración.

El presente estudio se apegó al marco normativo ético legal dictado para la investigación destinada a la salud en México, según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 1987) cuyo objetivo principal será procurar y garantizar la dignidad y bienestar para la persona sujeta a investigación, así como contribuir al conocimiento de la alfabetización en Salud y creencias sobre los medicamentos en pacientes Mayos-Yoremes con DT2 que asisten a una unidad de primer nivel de atención, según marca el Artículo 3o. fracción I, II y III.

Esta investigación fue clasificada como de riesgo mínimo, de acuerdo con el Artículo 17, fracción II, ya que únicamente se emplearon procedimientos de mediciones antropométricas (peso, estatura e índice de masa corporal) debido a su diseño como un estudio descriptivo y de corte transversal. No se realizaron procedimientos invasivos ni se involucraron variables que pudieran afectar emocionalmente a los participantes. Sin embargo, es importante mencionar que, en caso de que el semáforo epidemiológico se encuentre en color naranja o rojo, se suspendería la aplicación de los cuestionarios de manera presencial para evitar poner en riesgo a los sujetos de estudio.

Con respecto al consentimiento informado, el cual es considerado como un aspecto fundamental para el respeto al participante del estudio,

se llevó a cabo mediante un documento escrito, previamente revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. En este documento, se plasmó la expresión formal de aceptación por parte del sujeto de investigación, ya sea mediante la firma autógrafa o a través de la huella digital. También se obtuvo la manifestación formal de aceptación por parte de dos testigos, de acuerdo con el Artículo 22, fracción IV. Este procedimiento aseguró el consentimiento informado y garantizó la protección de los derechos y la integridad de los participantes involucrados en el estudio.

Se les dio a conocer a cada uno de los posibles participantes el objetivo y justificación del estudio, el procedimiento a realizar, el balance riesgo beneficio general del estudio así como reiterar que los datos recabados son totalmente confidenciales, se atendieron todas las dudas que durante su transcurso ocurrieron, así como aclarar que la persona podría abandonar la investigación en cualquier momento si así fuese considerado por este sin tener absolutamente ningún impedimento (Artículo 21, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII).

Para el análisis de datos, se empleó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 en español para Windows. Con el objetivo de responder a los objetivos del estudio, se utilizó estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y porcentajes, así como medias y desviación estándar. Además, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 50 adultos Yoreme Mayo con diagnóstico médico previo de DT2. Del total de la muestra, el 70 % ($n = 35$) fueron mujeres y el 30 % ($n = 15$) fueron hombres. La edad promedio fue de 60.48 años ($DE = 14.19$), y en cuanto a la escolaridad, los participantes informaron haber cursado en promedio 7.64 años de estudios ($DE = 4.49$). El ingreso económico mensual familiar tuvo una media de 5,690.00 pesos mexicanos ($DE = 1,508$). En relación con los datos sociodemográficos por descendencia Yoreme Mayo (tabla 1), se observó que el 44 %

de los participantes informaron ser descendientes por línea materna de la población indígena Yoreme Mayo. Respecto al idioma nativo del grupo indígena, el 4 % entendía el idioma Yorem-nokki, mientras que el 6 % afirmó poder hablarlo, siendo menor el porcentaje de hablantes descendientes de madre o padre Yoreme Mayo. En cuanto a la ocupación, el grupo de jornaleros fue el más predominante, representando el 18 %. En relación con la religión, el 100 % de los participantes indicó practicar alguna religión, siendo la religión católica la más común. En cuanto al estado civil, el 70 % de los participantes refirió vivir en pareja. En la tabla 1 se describen detalladamente las características sociodemográficas de la población según el género.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de características sociodemográficas de la población por sexo.

	Mujer (n=35)		Hombre (n=15)		Total (n=50)	
	f	%	f	%	f	%
Estado civil						
Soltero	3	8.6	2	13.3	5	10
Viudo	3	8.6	1	6.7	4	8
separado	4	11.4	0	0	4	8
casado	18	51.4	10	66.7	28	56
Unión libre	7	20	2	13.3	9	18
Escolaridad						
Primaria	19	54.3	7	46.7	26	52
Secundaria	9	25.7	3	20	12	24
Preparatoria	3	8.6	1	6.7	4	8
Licenciatura	4	11.4	4	26.7	8	16
Ocupación						
Jornalero	5	14.3	4	26.7	9	18
Granjero	0	0	1	6.7	1	2
Empleado	4	11.4	4	26.7	8	16
Ganadero	0	0	1	6.7	1	2
No trabaja	26	74.3	5	33.3	31	62

	Mujer (n=35)		Hombre (n=15)		Total (n=50)	
Habla yorem-nokki						
Si	1	2.9	1	6.7	2	4
No	34	97.1	14	93.3	48	96
Entiende yorem-nokki						
Si	2	5.7	1	6.7	3	6
No	33	94.3	14	93.3	47	94
Lee y escribe recado en español						
Si	35	100	15	100	50	100
No	0	0	0	0	0	0
Descendencia Mayo-yoreme						
Hijo de madre	16	45.7	6	40	22	44
Hijo de padre	11	31.4	6	40	17	34
Hijo de padre y madre	8	22.9	3	20	11	22
Religión						
Católica	32	91.4	15	100	47	94
Cristiana	2	5.7	0	0	2	4
Apostólica	1	2.9	0	0	1	2

Nota: $n = 50$.

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos de las variables antropométricas y clínicas. Se observó que la mayoría de los participantes presentaron sobrepeso, de acuerdo con los puntos de corte establecidos por la NOM-008-SSA3-2010. En cuanto al índice de masa corporal (IMC), se encontró que la media fue mayor en hombres ($M=29.72$, $DE=4.76$) en comparación con mujeres ($M=28.64$, $DE=3.0$). En lo que respecta a las cifras de presión arterial sistólica, se encontró que la media fue mayor en mujeres ($M=132.30$) en comparación con los hombres ($M=129.13$). En cuanto a la presión arterial diastólica, la media fue mayor en hombres ($M=83.53$) en comparación con mujeres ($M=83.53$). Cabe mencionar que estas cifras se mantienen dentro del rango de presión arterial alta normal, de acuerdo con los puntos de corte sugeridos en la Norma Oficial Mexicana para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial (Secretaría de Salud, 2017).

Tabla 2. Datos descriptivos de variables antropométricas y clínicas por sexo.

	Mujeres				Hombres				Total			
	M	DE	Min	Máx	M	DE	Min	Máx	M	DE	Min	Máx
Peso (kg)	5.97	9.61	53	94	.16	5.97	0.00	29	.03	2.62	3.00	29
Estatura (m)	.62	.065	1.48	1.70	70	066	.62	.90	64	074	.4	.90
IMC (kg/m ²)	8.64	3.09	22.54	34.93	.72	76	2.16	0.82	8.96	65	2.16	0.82
PS	32.30	8.53	118.50	5.00	9.13	.87	21.00	47.00	31.35	.67	18.50	55.00
PD	2.10	10.02	60	28	.53	96	2.00	1.00	2.53	.79	0.00	28.00

Nota: (M= Media, DE= Desviación Estándar, Min=Mínimo, Máx= Máximo, IMC= índice de masa corporal, PS=promedio de sistólica, PD= promedio de diastólica).

En la tabla 3 se presentan los coeficientes de confiabilidad para las escalas totales, mostrando confiabilidad aceptable (Grove, Gray y Burns, 2015).

Tabla 3. Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
Creencias sobre el tratamiento farmacológico	18	.68

En la tabla 5, se presentan las frecuencias y porcentajes de la clasificación de creencias en los medicamentos según edad y ocupación. Al analizar los resultados, se observa que, en el grupo de edad de 50 a 68 años, la mayoría de las personas tienen creencias en un nivel moderado, siendo este el nivel con el mayor número de participantes. De manera similar, al analizar la variable de ocupación, se encuentra que las personas que no trabajan también presentan un nivel moderado de creencias en los medicamentos.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de creencias de los medicamentos por edad y ocupación.

	Clasificación de creencias en los medicamentos					
	Moderada		Fuerte		Total	
Edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
20 - 29	1	3.1	0	0.0	1	2.0
30 - 39	1	3.1	1	5.6	2	4.0
40 - 49	5	15.6	2	11.1	7	14.0
50 - 59	9	28.1	4	22.2	13	26.0
60 +	16	50.0	11	61.1	27	54.0
Ocupación						
Jornalero	7	21.9	2	11.1	9	18.0
Granjero	0	0.0	1	5.6	1	2.0
Empleado	3	9.4	5	27.8	8	16.0
Ganadero	0	0.0	1	5.6	1	2.0
No trabaja	22	68.8	9	50.0	31	62.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

La población Yoreme Mayo se caracterizó por tener creencias sobre los medicamentos, los hallazgos de este estudio resaltan que tiene un nivel moderado de creencias sobre sus medicamentos, lo que indica que, los participantes no están tan arraigados con su cultura, confían en los medicamentos y en los profesionales de la salud que les brindan la atención.

En este estudio la mayoría de las personas incluidas en el estudio reportan que tienen un nivel de escolaridad de primaria y secundaria, lo cual concuerda con lo reportado por INEGI, 2020, donde se identifica que en la población indígena se identifica un nivel de escolaridad bajo, en comparación con población no indígena, esto podría aumentar la posibilidad de que las personas no acudan a los servicios de salud a recibir atención para el control de su enfermedad (Leyva-Flores et al., 2013).

Es importante reconocer que las creencias y prácticas relacionadas con la salud varían ampliamente entre diferentes culturas y comunidades indígenas. En este estudio resaltó que los participantes se clasificaron en creencias de los medicamentos moderadas y fuertes (Letelier, Núñez y Rey, 2011). En estudios previos se identifica una gran diversidad de atributos, entre los cuales sobresalió un susto, un disgusto intenso y la herencia

genética. Es importante que el personal de salud haga uso de las creencias y atribuciones del paciente con DT2, para lograr un mayor éxito en la atención médica, sobre todo en las creencias de los medicamentos (Elizondo et al., 2003).

Un asunto importante de retomar es sobre la cosmovisión y medicina tradicional: las comunidades indígenas a menudo tienen una cosmovisión y sistemas de medicina tradicional arraigados en sus culturas. Estos sistemas pueden incluir la utilización de plantas medicinales, rituales espirituales y prácticas curativas específicas. Es esencial respetar y comprender estas prácticas, ya que pueden desempeñar un papel importante en la vida de las personas y en su enfoque hacia la enfermedad y el tratamiento.

Durante las últimas dos décadas el gobierno mexicano ha llevado a cabo diversos discursos y actividades en torno a la llamada “salud intercultural”, especialmente dirigidos a los pueblos originarios de México, que suman alrededor de 62 según criterios lingüísticos. En este período, se han construido establecimientos de salud como puestos de salud, clínicas y hospitales, en los cuales se ha propuesto la implementación de indicadores de pertinencia cultural en algunos estados como Puebla, Nayarit, Oaxaca, Chiapas, Querétaro y Jalisco. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la situación de la salud indígena y la atención médica institucional sigue siendo precaria debido a diversos factores como la falta de recursos humanos y materiales, incluyendo personal sanitario y medicamentos, entre otros. Además, la atención proporcionada sigue siendo discriminatoria tanto en la forma como en el contenido, lo que ha llevado a que persistan las desigualdades en la calidad de la atención brindada a las comunidades indígenas (Campos- Navarro, Peña-Sánchez y Maya, 2017). Lo anterior sugiere la necesidad de seguir explorando la situación de la visión de los pueblos indígenas, que permita establecer estrategias de atención para la salud intercultural.

En cuanto al acceso a la atención médica occidental, aunque la medicina tradicional es valiosa y debe ser reconocida, también es crucial garantizar que las personas indígenas tengan acceso a la atención médica occidental, incluidos los medicamentos y tratamientos respaldados por evidencia científica. La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un manejo cuidadoso, y los medicamentos occidentales, como la insulina o los hipo-

glucemiantes orales, pueden ser fundamentales para controlarla y prevenir complicaciones graves (Araujo et al., 2016).

Otro aspecto importante que podría influir en las creencias hacia los medicamentos a tener en cuenta que algunas comunidades indígenas pueden tener desconfianza hacia los sistemas de salud occidentales debido a experiencias históricas de discriminación y abuso. Esto puede influir en sus creencias y actitudes hacia los medicamentos modernos. Para abordar esta barrera, es fundamental establecer una comunicación respetuosa y culturalmente sensible, fomentar la participación comunitaria y trabajar en colaboración con los líderes y sanadores tradicionales de la comunidad (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020). Como limitación del estudio se identifica el número de la muestra, lo cual debido a las dificultades para colecta presencial secundaria a las condiciones provocadas por la pandemia por COVID-19.

Conclusión

Este estudio reveló que las personas presentan tanto niveles moderados como fuertes de creencias sobre los medicamentos, siendo la mayoría mujeres con educación básica y ocupaciones como jornaleros y amas de casa. Es fundamental tener en cuenta las creencias en relación con los medicamentos por parte de las personas que viven con DT2, ya que esto facilitará la implementación de estrategias personalizadas y culturalmente adecuadas. Estas estrategias pueden ser de gran ayuda para mejorar la adherencia al tratamiento y la eficacia de las intervenciones, brindando así una atención más eficiente y centrada en las necesidades específicas de cada individuo y su contexto cultural. Al tomar en cuenta estas creencias, se fomentará una mejor comprensión de los factores que influyen en la toma de medicamentos y, en última instancia, se contribuirá a una atención médica más efectiva y satisfactoria para las personas con DT2. Además, se fomentará una mayor inclusión y respeto hacia las diferentes creencias y prácticas culturales, lo que es esencial para brindar una atención de calidad y mejorar la salud y el bienestar de las comunidades indígenas y de todos aquellos afectados por la diabetes tipo 2.

Referencias Bibliográficas

- Aguayo-Verdugo, N., Valenzuela-Suazo, S., & Luengo-Machuca, L. (2019). Autocuidado, alfabetización en salud y control glicémico en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y enfermería*, 25(21), 1-12. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100217>
- American Diabetes Association (2021). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(1), S15–S33. doi:10.2337/dc21-s002
- Araujo, M., Moraga, C., Chapman, E., Barreto, J., & Illanes, E. (2016). Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 371-381.
- Ariza-Bolivar, A., Lanteri, M. E., Cícero, C. Y., Pérez, A., Puchulu, F. M., & Mejía, R. (2017). Alfabetización en salud y control de la diabetes en pacientes de un hospital universitario de argentina. *Medicina* (Buenos Aires), 77(3). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000300002&lng=es&tlng=es.
- Avila-Sansores, G.M., Vega-Argote, M.G., Ruvalcaba-Palacios G., Barreto-Arias, M.E., Gómez- Aguilar, P.I., & Yam-Sosa, A.V. (2020). Riesgo de diabetes de una comunidad rural en México: un estudio observacional. *Revista Cuidarte*, 11(3). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.797>
- Beléndez-Vázquez, M., Hernández-Mijares, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 767-779. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770313>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Caballero, A. E. (2018). The “A to Z” of managing type 2 diabetes in culturally diverse populations. *Frontiers in Endocrinology*, 9. <https://doi.org/doi:10.3389/fendo.2018.00479>

- Campos-Navarro, R., Peña-Sánchez, E. Y., & Maya, A. P. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443–455. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115>
- Castillo, A., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. and Godoy, J. (2013) Illness beliefs about hypertension among non-patients and healthy relatives of patients. *Health*, 5, 47-58. doi: 10.4236/health.2013.54A007.
- Defronzo, R. A., Ferrannini, E., Alberti, K. G., Zimmet, P., & Alberti, G. (2015). International textbook of diabetes mellitus. En E. Ahlqvist & L. Groop (Eds), *The genetics of type 2 diabetes* (pp.401-412). Oxford, USA: John Wiley & Sons
- Díez-Patricio, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Esparza-Romero, J., Valencia, M. E., Urquidez-Romero, R., Chaudhari, L. S., Hanson, R. L., Knowler, W. C., Ravussin, E., Bennett, P. H., & Schulz, L. O. (2015). Environmentally Driven Increases in Type 2 Diabetes and Obesity in Pima Indians and Non-Pimas in Mexico Over a 15-Year Period: The Maycoba Project. *Diabetes care*, 38(11), 2075– 2082. <https://doi.org/10.2337/dc15-0089>
- Federación Internacional de la Diabetes. (2019). *Atlas de diabetes*. <https://diabetesatlas.org/es/resources/>
- Garza-Elizondo, M. E., Calderón-Dimas, C., Salinas-Martínez, A. M., Núñez-Rocha, G. M., & Villarreal-Ríos, E. (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 41(6), 465–472. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2521>
- Glasgow, R. E., & Toobert, D. J. (1988). Social Environment and Regimen Adherence Among Type II Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 11(5), 377–386. <https://doi:10.2337/diacare.11.5.377>
- Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. (2020). ht-

- [tps://www.iwgia.org/es/mexico/3745-mi-2020-mexico.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20hay%2016.933.283,sigue%20enfrentando%20a%20numerosos%20desaf%C3%ADos](https://www.iwgia.org/es/mexico/3745-mi-2020-mexico.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20hay%2016.933.283,sigue%20enfrentando%20a%20numerosos%20desaf%C3%ADos).
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health, 14*(1), 1–24. <https://dx.doi.org/10.1080/0887044990840731>
- Instituto Nacional De los Pueblos Indígenas. (2017). <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-mayos-de-sonora>
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria, 32*(1), 8–10. Doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.005
- León-Landa, E.H., Orozco-Castillo, L., Argüelles-Nava, V. G., Hernández-Barrera, L., Luzanía- Valerio, M, S., & Campos-Uscanga, Y. (2019). La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad y Salud, 21*(2), 132-140. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.147>
- León-Landa, E. H., Orozco-Castillo, L., Argüelles-Nava, V.G., Hernández-Barrera, L., Luzanía- Valerio, M. S., Campos-Uscanga, Y. (2019). La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad y Salud, 21*(2), 132-140. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.147>
- Letelier, C. J., Núñez, D. E., & Rey, R. J. (2011). Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad. *Psykebe, 20*(2), 115–130. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282011000200010>
- Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez, J. P., & Quintino-Pérez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006- 2012. *Salud Pública de México, 55*(2), S123-S128. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800008
- Naranjo-Hernández, Y., & Concepción-Pacheco, J. (2016). Importancia

- del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 215-220. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004&lng=es&tlng=es
- Nolasco, A., Barona, C., Tamayo-Fonseca, N., Irlles, M. Á., Más, R., Tuells, J., & Pereyra- Zamora, P. (2018). Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gaceta Sanitaria*, 34(4), 399-402. <https://dx.doi:10.1016/j.gaceta.2018.08.006>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Diabetes. https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Patiño, G., Zamora-Niño, A. and Fiorella, C. (2018). Evaluación de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital Cayetano Heredia; y su asociación con la adherencia al tratamiento.
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., & Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Pereira, M., Ferreira, G., Machado, J. C., & Pedras, S. (2019). Beliefs about medicines as mediators in medication adherence in type 2 diabetes. *International journal of nursing practice*, 25(5), e12768. <https://doi.org/10.1111/ijn.12768>
- Powers A. C. (2012). Diabetes mellitus. En Harrison, *Principios de medicina interna*, (18.^a Ed., p. 2968).
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, Salvador, & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 224-232. <https://doi.org/10.21149/8566>
- Salazar-Fonseca, E., Ponce-Rosas, E., Jiménez-Galván, I., Cervantes-Naranjo, A., Jiménez- Hernández, J., & Madrigal de León, H. (2018). Mitos y creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México. *Archivos en medicina familiar*, 20(1), 15-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf181c.pdf>
- Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fe

cha=04/08/2010#gsc.tab=0

- Secretaria de Salud. (2017). Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017#gsc.tab=0
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU). (2012). Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sweileh, W. M., Zyoud, S. H., Abu Nab'a, R. J., Deleq, M. I., Enaia, M. I., Nassar, S. M., & Al-Jabi, S. W. (2014). Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC public health*, 14, 94. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-94>