




Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales.

Perceived quality of diabetes control in chontal indigenous people.

Percepção da qualidade do controle do diabetes em povos indígenas chontal

Perception de la qualité du contrôle du diabète dans la population autochtone chontal

Arias Hernández Isabel¹ , Avalos García María Isabel² , Priego Álvarez Heberto Romeo³ .

DOI: 10.19136/hs.a19n2.3655

Artículo original

Fecha de recibido: 23 de enero 2020

Fecha de aceptado: 14 de abril de 2020

Autor de correspondencia:

María Isabel Ávalos García. Dirección Postal: 1°- Cerrada de Avenida Ramón Mendoza 107C. Colonia José María Pino Suarez C.P.86029, Villahermosa, Tabasco, México Correo Electrónico: isaavalos67@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Interpretar la percepción de pacientes indígenas chontales sobre su enfermedad y la calidad en el control de la diabetes tipo 2 en el estado mexicano de Tabasco.

Materiales y métodos: Se realizó investigación cualitativa en tres unidades médicas que dan atención a población indígena chontal. Participaron 44 personas con diabetes tipo 2 en cuatro grupos focales. Se emplearon guías de entrevista y dinámica de grupos. Para el análisis de los datos se empleó el software MAXQDA 2018. Se integraron los discursos más representativos, estos fueron documentados, organizados, categorizados y codificados.

Resultados: Los discursos de los indígenas chontales revelan que los problemas que perciben para lograr la calidad en el control de su enfermedad son: su situación económica precaria, desigualdad y rezago para recibir atención médica, el escaso apoyo de la familia, la hegemonía del médico en la atención, la violencia doméstica en el caso de las mujeres, la necesidad de ser tratados como personas y no como una enfermedad, la manera como describen su enfermedad, basada en mitos y creencias erróneas.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que la cosmovisión de las personas para comprender la diabetes que padecen y lograr su control metabólico, es clave para los servicios de salud en la mejora de la calidad.

Palabras clave: calidad; percepción; diabetes tipo 2.

¹ Maestra en Ciencias en Salud Pública. Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

² Doctora en Ciencias de la Salud. CESSA Tierra Colorada. Secretaría de Salud. Profesora Investigadora. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

³ Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Abstract

Objective: To interpret the perception of indigenous chontal patients about their disease and the quality in the control of type 2 diabetes in the Mexican state of Tabasco.

Materials and methods: Qualitative research was conducted in three medical units that provide attention to the indigenous Chontal population. 44 people with type 2 diabetes participated in four focus groups. Interview guides and group dynamics were used. For the analysis of the data, the MAXQDA 2018 software was used. The most representative speeches were integrated, these were documented, organized, categorized and codified.

Results: The speeches of the Chontal Indians reveal that the problems they perceive to achieve quality in the control of their disease are: their precarious economic situation, inequality and lag to receive medical care, poor family support, doctor's hegemony in care, domestic violence in the case of women, the need to be treated as people and not as a disease, the way they decipher their disease, based on myths and mistaken beliefs.

Conclusions: The results of this study show that the worldview of people to understand the diabetes they suffer and achieve their metabolic control, is key for health services in improving quality.

Key words: quality; perception; diabetes type 2

Resumo

Objetivo: Interpretar a percepção dos pacientes indígenas chontales sobre sua doença e a qualidade no controle da diabetes tipo 2 no estado mexicano de Tabasco.

Materiais e métodos: Pesquisa qualitativa realizada em três unidades médicas que atendem a população indígena Chontal. Participaram 44 pessoas com diabetes tipo 2 divididas em quatro grupos focais. Foram utilizados guias de entrevista e dinâmica de grupo. Para a análise dos dados foi utilizado o software MAXQDA 2018. Os discursos mais representativos foram integrados, sendo documentados, organizados, categorizados e codificados.

Resultados: Os discursos dos índios chontales revelam que os problemas que eles percebem para obter a qualidade no controle de sua doença são: situação econômica precária; desigualdade e atraso na atenção médica; apoio familiar insuficiente; hegemonia médica no cuidado; violência doméstica no caso das mulheres; a necessidade de serem tratados como pessoas e não como um doente; e a maneira como decifram sua doença com base em mitos e crenças equivocadas.

Conclusões: Os resultados deste estudo mostram que a visão de mundo das pessoas para entender a sua diabetes e alcançar seu controle metabólico é fundamental para os serviços de saúde na melhoria de sua qualidade.

Palavras-chave: qualidade; percepção; diabetes tipo 2.

Résumé

Objectif : Interpréter la perception de patients autochtones chontal de leur maladie et de la qualité du contrôle du diabète de type 2 dans l'État mexicain de Tabasco.

Matériels et méthodes : Une recherche qualitative a été menée dans trois unités médicales qui fournissent des soins à la population autochtone chontal. 44 personnes atteintes de diabète de type 2 ont participé à quatre groupes de discussion. Des guides d'entretien et des dynamiques de groupe ont été utilisés. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel MAXQDA 2018. Les discours les plus représentatifs ont été intégrés, documentés, organisés, catégorisés et codés.

Résultats : Les discours des autochtones chontal révèlent que les problèmes qu'ils perçoivent pour atteindre la qualité dans le contrôle de leur maladie sont les suivants : leur situation économique précaire, l'inégalité et le retard social dans l'accès aux services médicaux, le faible soutien de la famille, l'hégémonie du médecin, la violence domestique dans le cas des femmes, le besoin d'être traité comme des personne et non comme une maladie, leur façon d'interpréter leur maladie sur la base de mythes et de croyances erronées.

Conclusions : Les résultats de cette étude montrent que la cosmovision des personnes en relation à leur compréhension du diabète dont elles souffrent et à leur possibilité de parvenir à contrôler leur métabolisme est essentielle pour l'amélioration de la qualité des services de santé.

Mots clés : qualité ; perception ; diabète de type 2.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema de salud pública que influye en diversos ámbitos, como el de tipo social, económico, personal, psicológico y familiar.

La diabetes tipo 2 es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En la actualidad, casi 463 millones de personas viven con diabetes el 10% del gasto mundial en salud se gasta en diabetes y se estima que habrá 578 millones de adultos con diabetes para 2030 y 700 millones para 2045¹.

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes².

En México 12 millones de personas la padecen y ocupa el quinto lugar mundial, por lo que existe una alerta epidemiológica, que implica tomar medidas urgentes por los gobiernos y las instituciones de salud³.

El incremento de los casos y las complicaciones afectan la calidad de vida de los pacientes. Así como los elevados costos derivados de la atención médica, representan una carga económica para las instituciones de salud, repercutiendo año con año en los presupuestos.

El Plan Sectorial de Salud 2019–2024, establece que uno de los grandes objetivos en el ámbito de salud es el acceso y atención de calidad de los servicios primarios⁴.

Respecto a este rubro, los sistemas de salud deben de esforzarse por responder a las expectativas de los pacientes tanto en su dimensión técnica como interpersonal. Una de las estrategias propuestas, es fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad; misma que señala incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.

En 1990, el Instituto de Medicina de Estados Unidos, parte de la Academia Nacional de Ciencias de ese país, propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada: “Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico”⁵.

En este contexto, la percepción como el punto de vista y opinión del paciente acerca de su enfermedad y su control metabólico, es un factor de importancia a considerar dentro de la calidad en salud. Bajo esta óptica, la calidad de un servicio o programa de salud, puede ser interpretado

bajo la perspectiva no solo del usuario, sino también del proveedor⁶. Por consiguiente, la percepción es la interpretación o juicio valorativo sobre la calidad de un servicio o programa de salud.

En la población indígena este punto es de gran relevancia para el diseño de los servicios. No se trata tan solo de analizar su satisfacción acerca de la atención recibida, sino de tomar en cuenta la cosmovisión⁷.

En el campo de la salud, la cosmovisión es utilizada por las personas y los pueblos para comprender la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y los procedimientos para recuperar el bienestar. Cuando una persona se enferma, echa mano de su cosmovisión para entender y explicarse su problema y encontrar la manera de solucionarlo⁸.

La importancia de esta investigación reside en la información valiosa que aportará a las instituciones de salud encargadas de dar seguimiento a la atención de grupos indígenas. A través del análisis sobre lo que piensan, sienten y esperan estas personas con respecto a su padecimiento y a su control, se podrán desarrollar estrategias que permitan resolver los problemas.

Por tal razón, la evaluación de la calidad de las intervenciones en salud que tome en cuenta la percepción de los usuarios, así como los elementos que hacen que se sienta satisfecho, permite detectar y reconocer aquellas fallas u oportunidades de mejora.

Tomando en cuenta el hecho, de que la población indígena se queja o denuncia poco el maltrato o falta de atención, es necesario poner énfasis en estudiar acerca de su percepción. Dado que habitualmente esta población vulnerable desconoce sus derechos constitucionales relacionados con la protección a la salud⁹.

Hasta donde se sabe, se han documentado escasas investigaciones relacionadas con el enfoque a la percepción del usuario en población indígena chontal sobre la diabetes tipo 2. En este sentido, el presente trabajo será de provecho para el primer nivel de atención en instituciones con características similares en cuanto a población y escenario. Se ofrece la descripción y comprensión de las experiencias, así como la capacidad de descubrir lo que hace sentir satisfecho o no al usuario.

Esta investigación tiene como objetivo principal entender cuál es la percepción de la población indígena chontal en la calidad del control de la diabetes tipo 2 (DT2).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una Investigación cualitativa con base en la teoría fundamentada (TF). Se incluyeron 44 personas,

hombres y mujeres, adultos, de la etnia indígena chontal, con diagnóstico de diabetes tipo 2, que acudieron regularmente para el seguimiento y control de su padecimiento. Se consideró a tres de los centros de salud con mayor población indígena hablante de la lengua chontal en el Municipio de Nacajuca, Tabasco, al sureste de México¹⁰.

Para el trabajo de campo, se invitó a participar a las personas de manera voluntaria, individual y en grupos mixtos, y se utilizó una guía temática de entrevista traducida a la lengua chontal (preguntas detonadoras). Para este proceso fue necesario propiciar un ambiente de confianza y seguridad, procurando que los participantes no se sintieran presionados a responder y a expresarse de manera espontánea. La atmósfera que prevaleció, le permitió al moderador conocer la percepción de los usuarios acerca de su enfermedad y sobre la calidad de su control y el programa de diabetes.

Cada grupo estuvo integrado por un promedio de 11 participantes, más el moderador (investigador principal), una enfermera que domina la lengua nativa (Chontal) y el apoyo de dos colaboradores, que fungieron como observadores – apuntadores. Los lugares donde se llevaron a cabo las sesiones, fueron salas adaptadas, sin la presencia de los profesionales médicos, garantizando privacidad, confort y anonimato de los informantes. El tiempo promedio de cada uno de los grupos fue de 1.30 horas. A cada uno de los pacientes se les informó sobre las características de la investigación.

Los participantes aportaron ideas, situaciones, experiencias, valoraciones y argumentos; mismos que se tomaron en cuenta, al igual que los comportamientos observados. De tal forma, que se realizaron transcripciones de forma textual al español en el procesador de texto Word 2016, cuidando en todo momento la integridad con que fueron expresados. Para el análisis de los datos obtenidos, se agruparon los discursos y fueron incorporados al software MAXQDA 2018. Se realizó un proceso de codificación, saturación y triangulación de los datos y se

empleó el método de análisis-síntesis. La investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹¹ y se ajustó a los principios científicos y éticos. Debido a que fue una investigación cualitativa realizada en varias comunidades, se obtuvo la aprobación de las autoridades municipales y de salud de las áreas de estudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y de accesibilidad

La población en estudio estuvo constituida por 44 personas con diabetes tipo 2, indígenas hablantes de la lengua chontal (84.1%) y bilingües: español y chontal (15.9%), cuyas edades oscilaron entre 35 a 87 años., predominantemente católicos (90.9%), y sin escolaridad (analfabetismo del 47.7%). En su mayoría eran mujeres (79.5%), dedicadas a las labores del hogar (70.5%), casadas (65.9%) y con un promedio de 5 hijos.

Casi todos los informantes (95.5%), estaban afiliados a la seguridad social mediante la modalidad del Seguro Popular de Salud y se les brindaba atención médica en las unidades de la Secretaría de Salud, a las que llegaban caminando una distancia de 407 metros en promedio (81.8%).

Percepción de la enfermedad y la calidad de su control

El razonamiento o enfoque inductivo como proceso cognitivo para recoger datos, punto de partida de la TF, fue empleado. De los discursos vertidos y mediante un proceso analítico y sistemático, se organizaron los resultados en cuatro categorías: I. Roles atribuibles al paciente y al médico, II. Percepción del control y adaptación a su vida, III. Enfoque y conocimiento de la enfermedad (Diabetes) y, IV. Percepción del contexto social y organizativo relacionado con el control metabólico (Tabla 1).

Tabla I. Categorías de análisis para la interpretación de la percepción de pacientes indígenas chontales sobre su enfermedad y la calidad en el control de la diabetes tipo 2.

Categorías	Contenidos asociados
I. Roles atribuibles al paciente y al médico	Papel del paciente y del prestador en el acto clínico. Cuestionamientos.
II. Percepción del control y adaptación a su vida	Capacidad y criterio acerca de diseñar su vida teniendo en cuenta su padecimiento.
III. Enfoque y conocimiento de la enfermedad (Diabetes)	Mitos, miedos, valores, actitudes, información acerca de cómo aprecian su padecimiento.
IV. Percepción del contexto social y organizativo relacionado con el control metabólico	Como les afecta o beneficia el mundo que los rodea. (familia, redes, servicios de salud). Sus valoraciones.

Fuente: Elaboración propia.

Los problemas que perciben los indígenas chontales para lograr la calidad en el control de su enfermedad (diabetes) se centran en su situación económica precaria, desigualdad y rezago para recibir atención médica, el escaso apoyo de la familia, la hegemonía del médico en la atención, la violencia doméstica en el caso de las mujeres, la necesidad de ser tratados como personas y no como una enfermedad y la manera como descifran su enfermedad, basada en mitos y creencias erróneas.

DISCUSIÓN

Roles Atribuidos al paciente y al médico

En la relación médico-paciente se observa, que el profesional culpa al paciente por su falta de adherencia al tratamiento, lo que es reflejo de una atención hegemónica y paternalista: *“A veces nos regaña (el médico) porque no nos cuidamos bien, como que comemos de todo”* (mujer, 66 años, grupo focal 1).

Cuando no les dan su medicamento, eximen al médico de la culpa y la atribuyen a la pobreza en la que viven: *“Nos da receta para comprar las pastillas, pero no le decimos que no hay dinero... ya no es su culpa”* (mujer, 48 años, grupo focal 3).

Otros autores coinciden sobre la irregularidad en el abasto de medicamentos, por lo que el médico extiende una receta para que los adquieran con recursos propios^{12, 13,14}. Esta situación prevalece a pesar de existir programas que benefician a población indígena.

En otro estudio se señala que la falta de adherencia no puede atribuirse solo a los pacientes, porque estos deben ser apoyados, no culpados¹⁵. Sobre esta misma situación, habría que destacar que las dificultades presentes en la adherencia al tratamiento en poblaciones étnicas, se debe a la imposición de la biomedicina (modelo médico oficial hegemónico) sobre la cosmovisión indígena¹⁶.

Los pacientes aceptan con resignación que el médico llegue tarde, a pesar de que ellos madrugan y tienen el derecho a la protección de la salud¹⁷, a ser atendidos con oportunidad más tratándose de una población en situación de vulnerabilidad. Por otra parte, ellos tienen derecho a contar con su propio médico de familia, que dé seguimiento puntual a su control sin menoscabo de horarios y organización de los servicios:

“La doctora a veces viene hasta las 11 de la mañana... La humanidad destruye la humanidad (dice en tono sarcástico)” (hombre, 64 años, grupo focal 4).

“Pero madrugamos para pasar rápido, y ellos llegan tarde

(el personal de salud), como a las nueve... No sabemos su horario de entrada” (mujer, 47 años, grupo focal 1).

“Cada 2 meses, 3 meses cada año cambian al médico. No sabemos cómo llevan nuestro control... No hay atención, no hay orden en cada clínica” (Hombre, 64 años, grupo focal 4).

Los pacientes expresan la indiferencia con la que son tratados, manifestando que no son vistos como personas, sino como una enfermedad: *“No nos revisa los pies, ni los ojos, solo pone los datos en la computadora (en referencia a la atención que brinda el médico tratante)”* (Mujer, 70 años, grupo focal 2).

Esta situación también fue observada en otro estudio, en el que la relación médico-paciente para el control metabólico fue superficial, dado que los profesionales suelen centrarse en el control de cifras¹⁸.

Enfoque y conocimiento sobre la enfermedad.

Los pacientes relacionan la enfermedad con la muerte, testimonio que refleja los temores y creencias propios de su cultura chontal; por otro lado, expresan el término silencioso, a lo que no perciben, es decir no sienten cuando van a morir o cuando no se cuidan: *“una enfermedad que es una muerte silenciosa si no llevas el control”...* (Hombre, 43 años, grupo focal 4.)

Es necesario comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad. La información que proporcionan los profesionales, ha de adaptarse a las necesidades de los pacientes y producirse en un clima de confianza tal como lo mencionan¹⁹.

Ellos saben que aún si se cuidan no van a sanar, es frustrante para ellos padecer una enfermedad que no se cura, solo se controla: *“Pa’ que me cuido, si sé que no me voy a sanar”...* (Mujer, 74 años, grupo focal 2), porque finalmente *“Solo sabemos que tenemos diabetes”* (mujer-35 años, grupo focal 3).

El enfoque que tienen los pacientes sobre su enfermedad, se basa en sus creencias, cultura y raíces. Expresan que se enfermaron por un susto, existe la dualidad en considerar valiosos a sus curanderos, pero a la vez le dan importancia a la medicina alopática y acceden a ser tratados por el médico. Los ensalmos son rituales propios de su cultura, donde a través de ramas de albahaca son golpeados para curar enfermedades. Estos resultados coinciden con lo que reporta la Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas²⁰.

“A veces que llega tu marido borracho y llega a la casa a hacer escándalo. Ahí dicen que te asustan, y uno piensa que no está asustado, pero que tu sangre ya se asustó, y si no te ensalmas (remedio para el síndrome de afiliación cultural o creencia popular del “mal del susto”), es cuando empieza esa enfermedad (en alusión a la diabetes)” (mujer, 56 años, grupo focal 2).

Otro aspecto relacionado con los saberes que adquieren los pacientes durante el acto médico, es que reconocen la necesidad de ser informados, se interesan en que se les explique sobre su enfermedad, no sólo acudir por sus medicamentos: “El doctor solo me dice que soy diabética, no me explica en sí que es mi enfermedad. Solo me da medicamentos” (mujer, 59 años, grupo focal 1).

Estos datos son similares a lo publicado en otro estudio, en que el personal de salud se limita a dar algunas explicaciones rápidas, sin preocuparse de saber si la información fue comprendida²¹.

Percepción del control y adaptación a su vida

Existen muchas causas para no lograr integrar la enfermedad a su vida, en otras palabras no logran controlar su diabetes: “...mi enfermedad da mucha sed y pues por las noches tomo mi pozol” (mujer, 87 años, grupo focal 4). En la población indígena chontal el tipo de alimentación que por años han consumido es el pozol, esta es una bebida típica hecha a base de maíz y cacao, se consume fresco o fermentado, constituye un importante alimento de la dieta tradicional de los pueblos mesoamericanos desde antes de la conquista española.

Las pacientes mujeres de población indígena chontal, se asustan por la violencia ejercida a diario por sus esposos e hijos, expresando en alguna medida el grado de estrés que les ocasiona esta situación, que incluso les roba la paz: “Quizás mi preocupación es porque mi esposo y mi hijo toman (haciendo referencia al consumo de alcohol etílico), sacan cuchillo y machete (en sentido de agresividad y violencia). No hay paz en mi casa cada vez que toman (cuando se embriaga). Le digo a mi hijo: esconde o guarda el cuchillo, o el machete... Esta duro mi caso...” (mujer, 43 años, grupo focal 2)

Este hallazgo es similar a lo publicado en un estudio sobre población indígena chontal que viven una situación de violencia provocada por el alcoholismo de los hombres que llegan a sus casas a agredir a sus parejas²².

De igual manera expresan su sentir, en cuanto a la falta de apoyo por parte de su familia, debido a que la mayor parte de esta población (pacientes) apenas saben escribir sus nombres, y por lo mismo no llevan un buen control en sus horarios de su tratamiento médico: “A veces no tomo las pastillas a su horario. Es que se me olvida... como no hay quien me apoye” (mujer, 48 años, grupo focal 3), Al

respecto vale recalcar la importancia del apoyo familiar en el control glicémico del paciente con DT2 favorece la modificación y permanencia de estilos de vida saludables²³.

Percepción del contexto social y organizativo relacionado con el control

En lo que respecta al control de la diabetes tipo 2 en población indígena, el problema más grave que manifiestan, radica en lo económico “pues no tener dinero, no hay comida en casa todo eso es difícil esta enfermedad” (mujer, 68 años, grupo focal 3).

Para mejorar la calidad de vida en un paciente indígena con diabetes, son muchos factores los que intervienen, pero sin duda es vital fortalecer el desarrollo económico de los pueblos²⁴. La pobreza y pobreza extrema que padecen familias y comunidades indígenas no se resuelve con el simple aprovisionamiento de bienes y servicios públicos. Para superar la condición de pobreza, se necesita que la población indígena tenga acceso a fuentes de ingreso permanentes vinculadas con trabajos productivos y éstos con el desarrollo de las capacidades de la misma población y de sus regiones.

Así mismo, el Consejo Nacional de Evaluación Económica (CONEVAL) reporta que, en ese año, del total de la población del país, 45.5%, esto es, 53.3 millones de personas se encuentran en situación de pobreza y 9.8% de los mexicanos padecen pobreza extrema; en contraste, del total de la población indígena 72.3% se encuentran en pobreza, 8.2 millones de personas y 30.6% se encuentran en situación de pobreza extrema²⁵.

Otro de los problemas que sufre y expresa la población indígena, es darle seguimiento a las complicaciones de la diabetes tipo 2, manifiestan que para acudir al segundo nivel, al cual son referidos por sus unidades médicas, sufren de desigualdad y rezago para recibir atención médica: “Yo sí le dije (al médico tratante), como que casi no veo y me mandó con un oculista. Fui por eso al hospital. Me dieron cita desde julio del año pasado, cuando me tocó mi cita, el doctor no llegó. Me volvieron a dar cita, fui y el doctor estaba de vacaciones, y ya no he ido hasta la fecha porque no hay dinero” (mujer, 53 años, grupo focal 4). Estos resultados son similares a lo encontrado por López quien afirma que, para los pacientes con diabetes, es un problema serio dar seguimiento a sus complicaciones, ellos dejan de asistir su consulta con los especialistas y muestran la necesidad de ser atendidos y entendidos como personas y no como enfermos, la frustración crece y las complicaciones se agudizan²⁶.

Otro de los problemas de salud pública en México es la adicción a las gaseosas, este problema también se presenta en las comunidades indígenas, tal como lo mencionan los

pacientes “*me dan poquito de coca* (bebida edulcorante de reconocida marca comercial), *pues no puedo tomar mucho*” (mujer, 55 años, grupo focal 3). En las tres últimas décadas se han incrementado las tasas de diabetes, 12 millones de mexicanos la padecen, 500 mil personas murieron por esta causa. “En este panorama, la población indígena es la más vulnerable y registra las tasas más altas. Antes la pobreza les protegía porque les obligaba a alimentarse del campo. A partir de 2010 empieza una expansión de las refresqueras, una estrategia de invadir de refrigeradores las comunidades con electricidad y de favorecer las transferencias de ayudas públicas al consumo de estos alimentos”²⁷.

Un hallazgo adicional, considerado como una categoría emergente en el estudio, fue el **rol de género ante la diabetes tipo 2 en población indígena**, relacionado con las mujeres. Este aspecto es digno de analizarse ya que conciben que su papel es el de aguantar maltratos, humillaciones y la angustia que expresan en sus discursos:

“*Como te vas a sanar si de tanto pensar en los hijos borrachos, aunque tomes medicamento y más medicamentos no baja el azúcar, por pensar... pero no estás bien por pensar*” (mujer, 56 años, grupo focal 2).

“*Pensar en mis hijos y ahora que estoy enferma, muchos se han muerto de esta enfermedad y lo primero que piensas son en tus hijos que están pequeños*”... (mujer, 47 años, grupo focal 1).

En un estudio sobre enfoque de equidad y género, se expone que los roles entre hombres y mujeres, van de acuerdo con lo que la sociedad define y quiere como comportamiento de cada uno y el autor señala: “este factor constituye la principal causa de las inequidades, las dominaciones, la exclusión, la subvaloración de la negación de los derechos de las mujeres frente a los derechos humanos, que son iguales ante la Ley respetando las diferencias de cada género. Esta situación se ha hecho cada vez más compleja para las mujeres”²⁸. Aunado a que viven en pobreza extrema, marginalidad, poco o nulo acceso a la educación y a los servicios básicos de salud e higiene, que son necesarios, pero no suficientes para llevar una vida digna. Las mujeres enfrentan con menos oportunidades las enfermedades.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que la cosmovisión de las personas para comprender la diabetes que padecen y lograr su control metabólico, es clave para los servicios de salud en la mejora de la calidad.

Las experiencias de cada paciente permitieron descubrir significados diferentes en hombres y mujeres en el control de la diabetes. Los indígenas chontales en este estudio, dieron significado a sus preocupaciones y vivencias con el

padecimiento, en una terminología exclusiva de su etnia y género. Con sus respuestas se logró conocer los elementos fundamentales que no les permiten alcanzar la calidad de su control.

Referencias

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, Nine Edition 2019. <https://www.diabetesatlas.org/en/>
2. Organización Mundial de La Salud (OMS) consultado el 29 de octubre del 2019 disponible; <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
3. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016, Gobierno de la República Mexicana, Secretaría de salud, Subsecretaría de promoción y prevención de la salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades consultado el 29 de octubre del 2019 Disponible en: <file:///C:/Users/1073605691/Downloads/DeclaratoriaEmergenciaEpidemiologicaEE-3-16.pdf> <https://doi.org/10.4067/s0716-10182013000300004>
4. Programa Sectorial de Salud 2019-2024, Gobierno de la República Mexicana. <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf>
5. Institute of Medicine. 1994. America's Health in Transition: Protecting and Improving Quality. Washington, DC: The National Academies Press, 1994. <https://doi.org/10.17226/9147>.
6. Rodríguez León, A. Calidad en los servicios de salud. Horizonte Sanitario, año 2005; 4 (2): <https://doi.org/10.19136/hs.v4i2.291>
7. López Austin, A. El núcleo duro, la cosmovisión y la tradición mesoamericana. En: Broda J. Baez-Jorge F. (Coordinadores). La cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes / Fondo de Cultura Económica 2001:47-66. <http://www.gbv.de/dms/sub-hamburg/333124944.pdf>
8. Cevallos R, Amores A. Prestación de Servicios de salud en Zonas con Pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el Marco de la Renovación de la atención Primaria de la Salud. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2009. Recuperado de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=161-presentacion-de-servicios-de-salud-en-zonas-con-pueblos-indigenas&category_slug=salud-de-los-pueblos-indigenas-de-las-americas&Itemid=599
9. CNDH. Análisis cuantitativo y cualitativo de las Violaciones a los Derechos Humanos de Grupos Vulnerables, Informe Final. México: Universidad Nacional Autónoma de México /Comisión Nacional

- de los Derechos Humanos. 2018. <https://www.cndh.org.mx/documento/analisis-cuantitativo-y-cualitativo-de-las-violaciones-los-derechos-humanos-de-grupos>
10. Secretaría de Salud de Tabasco. Jurisdicción Sanitaria de Nacajuca. Tarjeta censal (Documento interno) México, 2020.
 11. Gobierno de la República Mexicana, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, 1983. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
 12. Montero Mendoza, E. Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular. El caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 2014; 12 (1): 1-15. <https://doi.org/10.15517/psm.v12i1.15138>
 13. Vieira, V. M., Gastal, A. C, Facchini, L. A., Piccini, J. X., Tomasi, E. Free Access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed [El libre acceso a los medicamentos para la hipertensión y la diabetes entre las personas mayores: una realidad aún no construida]. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010; 26(6): 1163-1174. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000600010>
 14. Elorza, M.E., Moscoso N.S., y Ripari, N.V. Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso. *Salud Colectiva*, 2012;8(1): 35-45. <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n1/35-45/>
 15. W. He, Y. Zhang, Fangfang Zha, Factores que influyen en la práctica de ejercicios físicos entre chinos con diabetes de tipo 2. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras* 2013; 60 (4): 531-537. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4686665>
 16. Bermedo S. Aproximación a la etiología de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial desde los usuarios Mapuche – Williche, un aporte a la interculturalidad en salud. *Rev. Chil Salud Pública* 2015;19 (1):47-52. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.36339>
 17. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4to. publicada en el Diario Oficial de la Federación, última reforma 26 de marzo de 2019. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/pagina/documentos/2019-03/CPEUM_26032019.pdf
 18. Fernández Sánchez, A., Hernández Corral, S y Ojeda Vargas, M., Determinantes sociales en salud: su relación con el Síndrome Metabólico. *Revista de Enfermería Neurológica* 2013;12(3):122-127. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133c.pdf>
 19. E. Bolaños Gallardo, A. Sarria Santamera. Papel del paciente en el afrontamiento de las enfermedades crónicas. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(3): 96-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2244132>
 20. Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CNDPI) Decreto publicado en el diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2014, Recuperado de <http://www.cdi.gob.mx/programas/2014/programa-especial-de-los-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
 21. Cevallos, R., Amores, A. Prestación de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el Marco de la Renovación de la atención Primaria de la Salud. Quito: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud. 2009. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicio_s%20salud%20zonas%20indigenas.pdf
 22. Cruz Sánchez, M., Tuñón Pablos, E., Villaseñor Fariás, M., Álvarez Gordillo, G., & Nigh Nielsen, R. Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 9, núm. 2, enero-junio, 2012, pp. 1-22, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica Recuperado de: <http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000039704>
 23. Ávila-Jiménez, Laura et al. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev. méd. Chile*, Santiago 2013;141(2):173-180. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005&lng=es&nrm=iso.
 24. OMS. Comisión de Determinantes Sociales. Documento de Referencia 1. Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud ¿Qué es, por qué, y cómo? 2005-2008. Organización Mundial de la Salud. http://origin.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
 25. CONEVAL. Pobreza en México. Resultados de pobreza en México 2012 a nivel nacional y por entidades federativas Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2012. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2012.aspx>
 26. López-Ramón C. Ávalos-García M., Morales M, Priego-Álvarez H. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Horizonte Sanitario*. 2013; 12(3):111-118. <https://doi.org/10.19136/hs.a12n3.85>
 27. Ávila Curiel, A. Efectos de la globalización de los patrones alimentarios en la salud de la población. En: Congreso Latinoamericano de Nutrición. Sistemas alimentarios sustentables y equitativos en América

- Latina. Debates, tendencias e impacto de políticas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, 2018. https://www.slaninternacional.org/congreso2018/programacientifico/presentaciones/lunes12/AbelardoAvila_EfectosGlobalizacion_SistemasAlimentarios.pdf
28. Olmos Suárez. P. El corazón de la mujer visto desde la Sociología con enfoque de equidad de género. Revista Colombiana de Cardiología 2018;25(Suplemento 1):3-7. año 2017, volume 25, Supplement 1, January 2018, Pages 3-7 <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.027>