



ARTÍCULO ORIGINAL · SALUD, BIENESTAR Y SOSTENIBILIDAD

Saberes locales y medicina biomédica en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en comunidades indígenas

Griselda Domínguez-Cruz^{1*}

¹ Universidad Interserrana del Estado de Puebla-Ahuacatlán (UIEPA), Licenciatura en Enfermería, Ahuacatlán, Puebla, México

* Autor(a) por correspondencia: al20en023@uiepa.edu.mx · ORCID: 0009-0004-1132-2053

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un problema crítico de salud pública en las comunidades indígenas de México, donde los determinantes sociales, las barreras lingüísticas y la limitada cobertura sanitaria agravan su impacto. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre los saberes locales, las prácticas de medicina tradicional y el manejo biomédico de la DM2 en comunidades de alta marginación de la Sierra Norte de Puebla. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico en el Hospital Comunitario de Ahuacatlán, Puebla, durante enero a mayo de 2025. Se aplicó una encuesta estructurada a 100 pacientes con diagnóstico de DM2, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se analizaron con estadística descriptiva, Chi-cuadrada y correlación de Spearman mediante SPSS. Los resultados mostraron que el 62% de los participantes fueron mujeres, el 66% hablaba una lengua originaria y el 45% carecía de estudios formales. El 36% utilizó plantas medicinales, y de estos, el 69.4% no informó a su médico. Se encontró una asociación significativa entre el ingreso económico y el abandono de medicamentos ($\chi^2 = 33.97$, $p < .001$, $V = .41$). La asociación entre lengua originaria y uso de plantas medicinales mostró un efecto moderado ($\chi^2 = 5.82$, $p = .054$, $V = .24$). Se concluye que la integración de saberes tradicionales en los modelos de atención primaria es necesaria para fortalecer la adherencia terapéutica y la enfermería comunitaria en contextos interculturales.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; saberes locales; medicina tradicional; interculturalidad en salud; enfermería comunitaria

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a critical public health problem in indigenous communities in Mexico, where social determinants, language barriers, and limited healthcare coverage worsen its impact. The objective was to determine the relationship between local knowledge, traditional medicine practices, and the biomedical management of T2DM in highly marginalized communities of the Sierra Norte de Puebla. A quantitative, observational, cross-sectional, and analytical study was conducted at the Community Hospital of Ahuacatlán, Puebla, from January to May 2025. A structured survey was applied to 100 patients diagnosed with T2DM, selected through non-probabilistic convenience sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Spearman correlations through SPSS. Results showed that 62% of participants were women, 66% spoke an indigenous language, and 45% had no formal education. Among respondents, 36% used medicinal plants, and of these, 69.4% did not inform their physician. A significant association was found between economic income and medication abandonment ($\chi^2 = 33.97$, $p < .001$, $V = .41$). The association between indigenous language and medicinal plant use showed a moderate effect ($\chi^2 = 5.82$, $p = .054$, $V = .24$). It is concluded that integrating traditional knowledge into primary care models is necessary to strengthen therapeutic adherence and community nursing in intercultural contexts.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; local knowledge; traditional medicine; intercultural health; community nursing

Cómo citar: Domínguez-Cruz, G. (2026). Saberes locales y medicina biomédica en el tratamiento de la diabetes tipo 2 en comunidades indígenas. *Interserrana: Ciencia, Cultura y Territorio*, 1(1), 1–5.

Recibido: mayo 2026 · **Aceptado:** junio 2026 · **Publicado:** 2026

Copyright: Artículo de acceso abierto bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, resultado de la resistencia a la insulina o la secreción insuficiente de esta hormona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Esta enfermedad puede tener detonantes como el sedentarismo, el sobrepeso, los antecedentes hereditarios y el consumo elevado de alimentos altos en azúcares y grasas. La detección temprana y el seguimiento oportuno pueden disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares como retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética, así como complicaciones macrovasculares como infarto agudo al miocardio y enfermedad arterial periférica (ElSayed et al., 2024).

A nivel mundial, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que 589 millones de adultos viven con diabetes, cifra que podría alcanzar los 853 millones para 2050 (Genitsaridi et al., 2026). Se calcula que el 43% de los adultos con diabetes no están diagnosticados, y que la enfermedad generó aproximadamente 1.015 billones de dólares en gastos sanitarios en 2024 (Federación Internacional de Diabetes, 2025). Cuatro de cada cinco adultos con diabetes viven en países de ingresos bajos o medios, lo que evidencia que esta enfermedad se encuentra estrechamente vinculada con las desigualdades estructurales.

En México, la DM2 representa más del 95% de los casos de diabetes, con una prevalencia total del 18.3% en la población adulta, donde el 12.6% corresponde a diabetes diagnosticada y el 5.8% a no diagnosticada (Basto-Abreu et al., 2023). La Ensanut Continua 2021–2024 reporta una prevalencia nacional de 17.0%, con variaciones regionales significativas: las regiones Centro y Pacífico-Norte presentan las tasas más altas (21.1% y 20.7% respectivamente), y solo el 33% de los pacientes diagnosticados alcanza control glucémico adecuado (Campos-Nonato et al., 2025). En el estado de Puebla, la Dirección General de Epidemiología (2025) registró 9,367 casos nuevos de DM2, un incremento del 25% respecto al año anterior, con 5,629 casos en mujeres y 3,738 en hombres. Estas cifras resultan especialmente relevantes al interpretarse en conjunto: el incremento del 25% de casos nuevos coincide con un control glucémico deficiente a nivel nacional, lo que sugiere que el problema no radica únicamente en la detección, sino en la capacidad del sistema de salud para sostener la adherencia terapéutica. En contextos locales de alta marginación como la Sierra Norte de Puebla, esta brecha se agrava por factores sociales como la pobreza, el acceso limitado a servicios especializados y las barreras lingüísticas, que dificultan tanto el diagnóstico oportuno como el seguimiento continuo de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico durante el periodo de enero a mayo de 2025 en el Hospital Comunitario de Ahuacatlán, Puebla, ubicado en la Sierra Norte del estado. El municipio de Ahuacatlán se caracteriza por ser una zona de alta marginación donde convergen dos culturas indígenas principales: náhuatl y totonaca. La población de estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico confirmado de DM2 que acudían a consulta mensual en dicha unidad de salud.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con los siguientes criterios de inclusión: personas con diagnóstico de DM2 de ambos sexos, entre 50 y 70 años de edad (rango basado en el reporte del Centro Epidemiológico de la Secretaría de Salud, 2024, que identifica estos grupos etarios como los más afectados), que recibieran tratamiento biomédico para el control de la DM2, que fueran pacientes activos del hospital comunitario, con disposición para participar voluntariamente y capacidad para comunicarse en español o en lengua indígena con apoyo de intérprete. Se excluyeron pacientes con enfermedad neurológica o psiquiátrica que impidiera la comunicación o comprensión, quienes no desearan participar y quienes no pertenecieran a la comunidad. La muestra final fue de 100 participantes.

Se diseñó y aplicó una encuesta estructurada con cinco secciones: (I) características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, lengua originaria), (II) características clínicas de la DM2 (tiempo de diagnóstico, antecedentes familiares, comorbilidades, tipo de tratamiento, frecuencia de monitoreo glucémico, rango habitual de glucosa, dificultades para el tratamiento), (III) hábitos alimentarios y actividad física (frecuencia de consumo de siete grupos alimentarios en escala de 0 a 7 días por semana, percepción de calidad de dieta, frecuencia de actividad física), (IV) saberes locales y medicina tradicional (uso de plantas medicinales, tipos de preparaciones, comunicación con el médico, eficacia percibida, influencia de creencias religiosas, conocimiento sobre la DM2), y (V) condiciones socioeconómicas (ingreso mensual, apoyo gubernamental, índice de condiciones de vivienda basado en 19 ítems dicotómicos, abandono de compra de medicamentos).

El instrumento fue validado por especialistas en medicina familiar y enfermería comunitaria. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes mediante un aviso de confidencialidad y consentimiento informado. La participación fue libre y voluntaria, sin riesgos ni beneficios económicos directos, y los datos fueron resguardados conforme a la legislación mexicana en materia de protección de datos personales.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS. Se emplearon estadísticos descriptivos (media, mediana, desviación estándar, frecuencias y porcentajes). Para evaluar asociaciones

entre variables categóricas se utilizó la prueba Chi-cuadrada (χ^2) con el coeficiente V de Cramér como medida de tamaño del efecto. Para las correlaciones entre variables ordinales se empleó el coeficiente de Spearman (rs). Se adoptó un nivel de significancia de $\alpha = .05$.

RESULTADOS

Sección I. Características sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 100 participantes con diagnóstico de DM2 pertenecientes a comunidades de Ahuacatlán, Puebla. El 62% correspondió al sexo femenino ($n = 62$) y el 38% al masculino ($n = 38$). El grupo etario más frecuente fue el de menores de 50 años ($n = 21$, 21%), seguido por el de 70 años o más ($n = 19$, 19%) y el de 50 a 54 años ($n = 18$, 18%). Los grupos de 55 a 59 años ($n = 17$), 60 a 64 años ($n = 14$) y 65 a 69 años ($n = 11$) presentaron frecuencias progresivamente menores.

El perfil sociodemográfico se caracterizó por una marcada vulnerabilidad social: el 76% carecía de estudios formales o solo había cursado primaria, y el 76% se dedicaba a labores del hogar o al trabajo informal, ocupaciones sin seguridad social ni ingreso estable. La mayoría residía en Ahuacatlán (52%). El 66% de los participantes hablaba una lengua originaria, predominando el náhuatl (57%) sobre el totonaco (9%).

Sección II. Características clínicas de la DM2

El tiempo de diagnóstico predominante fue de 1 a 5 años (46%), seguido de menos de 1 año (24%) y de 6 a 10 años (18%). El 71% reportó antecedentes familiares de DM2. Respecto al tratamiento, el 89% recibía tratamiento farmacológico oral, el 7% insulina y el 4% tratamiento combinado.

El 43% de los participantes desconocía su rango habitual de glucosa, lo que constituye un hallazgo relevante sobre el nivel de control metabólico y limitó el análisis de correlaciones posteriores. El 51% reportó monitoreo glucémico mensual, el 24% quincenal y el 13% semanal.

Sección III. Hábitos alimentarios y actividad física

El análisis descriptivo de la frecuencia semanal de consumo de los siete grupos alimentarios evaluados se presenta en la Tabla 1. Los cereales registraron el consumo más frecuente ($M = 5.12$ días por semana), seguidos de las verduras ($M = 4.28$) y las frutas ($M = 3.91$). El consumo de carnes fue el menos frecuente ($M = 2.83$).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la frecuencia semanal de consumo de grupos alimentarios ($N = 100$)

Grupo alimentario	M	Mdn	DE
Verduras	4.28	4.00	2.14
Frutas	3.91	4.00	2.08
Cereales	5.12	5.00	1.87
Leguminosas	3.46	3.00	1.95
Carnes	2.83	3.00	1.62
Lácteos	3.05	3.00	2.21
Azúcares	2.94	3.00	2.05

Nota. Escala en días por semana (0–7). M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar.

Respecto a la actividad física, el 47% reportó realizarla de forma ocasional, el 31% nunca y solo el 22% de manera regular. La percepción de calidad de la dieta mostró que el 58% la consideraba regular, el 27% buena y el 15% mala.

Sección IV. Saberes locales y medicina tradicional

El 36% de los participantes reportó el uso de plantas medicinales para el manejo de la DM2. De este grupo, el 69.4% ($n = 25$) no informó a su médico sobre dicho uso, lo que evidencia una brecha comunicativa entre el sistema de salud institucional y las prácticas terapéuticas locales.

La asociación entre lengua originaria y uso de plantas medicinales se presenta en la Tabla 2. Los hablantes de náhuatl mostraron la mayor proporción de uso (45.6%), seguidos por los de totonaco (33.3%) y por quienes no hablan lengua originaria (20.6%).

Tabla 2

Uso de plantas medicinales según lengua originaria ($N = 100$)

Lengua originaria	Usa plantas (n)	No usa plantas (n)	Total
Náhuatl	26 (45.6%)	31 (54.4%)	57
Totonaco	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9
No habla lengua originaria	7 (20.6%)	27 (79.4%)	34
Total	36	64	100

Nota. $\chi^2(2, N = 100) = 5.82, p = .054, V = .24$.

Respecto a la eficacia percibida, el 75% ($n = 27$) creyó que las plantas les ayudan a controlar la DM2, el 19.4% ($n = 7$) consideró que ayuda en ocasiones y solo el 5.6% ($n = 2$) señaló que no ayuda. En cuanto al papel de las creencias religiosas, el 33% indicó que influyen en su percepción del padecimiento, el 57% señaló que no y el 10% consideró que en ocasiones. El 68% identificó correctamente la descripción de la enfermedad,

mientras que el 32% seleccionó opciones incorrectas. El 83% indicó conocer las complicaciones de la DM2.

Tabla 3
Pruebas Chi-cuadrada: asociaciones en la sección de saberes locales (N = 100)

Asociación	χ^2	gl	p	V
Lengua originaria × uso de plantas	5.82	2	.054	.24
Escolaridad × conocimiento correcto DM2	5.68	6	.460	.17
Conocimiento DM2 × rango de glucosa	5.38	10	.865	.16

Nota. Ninguna asociación alcanzó significancia estadística ($\alpha = .05$). gl = grados de libertad; V = V de Craméer.

Sección V. Condiciones socioeconómicas

La mayoría de los participantes percibió ingresos mensuales entre \$3,000 y \$5,000 MXN (n = 52, 52%), seguido del estrato superior a \$5,000 (n = 18, 18%). Solo el 15% se ubicó en los dos estratos de ingreso más bajo (hasta \$2,000 MXN). En cuanto al apoyo gubernamental, el 91% recibió algún programa de transferencia monetaria: el 59% del Programa 65+ o Bienestar Adultos Mayores y el 32% del Programa 65 y Más, mientras que el 9% no contó con ningún apoyo.

El 21% de los participantes reportó haber dejado de comprar sus medicamentos en algún momento (14% siempre, 7% algunas veces). La asociación entre ingreso mensual y abandono resultó estadísticamente significativa y de magnitud moderada-alta: $\chi^2(8, N = 100) = 33.97, p < .001, V = .41$. En los dos estratos de ingreso más bajo (hasta \$2,000 MXN), la tasa combinada de abandono alcanzó el 66.7%, mientras que en los estratos superiores descendió progresivamente hasta el 5.6%.

Tabla 4
Abandono de compra de medicamentos según nivel de ingreso (N = 100)

Ingreso mensual	Sí abandonó	No abandonó	Algunas veces	Total
\$1,200–\$1,500	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0%)	6
\$1,600–\$2,000	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	9
\$2,100–\$3,000	3 (20.0%)	11 (73.3%)	1 (6.7%)	15
\$3,000–\$5,000	3 (5.8%)	46 (88.5%)	3 (5.8%)	52
> \$5,000	1 (5.6%)	17 (94.4%)	0 (0%)	18

Nota. $\chi^2(8, N = 100) = 33.97, p < .001, V = .41$.

La asociación entre apoyo gubernamental y abandono de medicamentos también fue significativa: $\chi^2(4, N = 100) = 11.46, p = .022, V = .24$. Los participantes sin ningún apoyo gubernamental (n = 9) presentaron una tasa de abandono del 56%, frente al 12.5% en los beneficiarios de la Pensión para Adultos Mayores. Las condiciones de vivienda se evaluaron mediante un índice sumatorio de 19 ítems dicotómicos que osciló entre 9 y 13 puntos (M = 11.77, DE = 0.91). La universalidad de servicios básicos como agua potable (100%) y luz eléctrica (100%) contrasta con la presencia de cocina con leña en el 61% de los

hogares, piso de tierra en el 10% y techo de cartón en el 2%, lo que refleja una transición tecnológica incompleta. Ni las condiciones de vivienda (rs = $-.025, p = .802$), ni el ingreso mensual, ni el apoyo gubernamental mostraron asociación significativa con el rango habitual de glucosa reportado.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman que la DM2 constituye un problema de salud pública de alta complejidad en las comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla, donde los determinantes sociales, culturales y económicos configuran un panorama de vulnerabilidad diferenciada. La mayor prevalencia en mujeres (62%) es consistente con los reportes de la Dirección General de Epidemiología (2024), que reflejan que la mayor prevalencia de atención de DM2 es en mujeres de primer nivel de atención. Esta mayor proporción de mujeres podría relacionarse tanto con factores biológicos como con determinantes sociales de género; sin embargo, dado el diseño del presente estudio, estas explicaciones deben considerarse hipótesis y no conclusiones derivadas de los datos.

El hallazgo de que el 36% de los participantes utiliza plantas medicinales y que el 69.4% de ellos no lo informa a su médico constituye el resultado más relevante desde la perspectiva de la atención intercultural. Esta brecha comunicativa no representa un rechazo al sistema biomédico, sino una adaptación pragmática ante un modelo de atención que históricamente ha desestimado los saberes locales. La asociación entre lengua originaria y uso de plantas medicinales, aunque no alcanzó significancia estadística convencional (p = .054), mostró un tamaño de efecto moderado (V = .24) que sugiere una tendencia digna de exploración en estudios con muestras mayores.

La asociación significativa entre ingreso económico y abandono de medicamentos (V = .41) confirma que las barreras estructurales pesan más que las culturales en el control de la enfermedad. El 66.7% de abandono en los estratos de ingreso más bajo, frente al 5.6% en los superiores, evidencia que el problema no radica en la voluntad del paciente sino en su capacidad económica. Este hallazgo cuestiona los enfoques que atribuyen la falta de adherencia terapéutica a factores individuales o culturales.

El 43% de participantes que desconoce su rango habitual de glucosa representa una limitación metodológica relevante que impidió establecer correlaciones robustas con las variables socioeconómicas. Sin embargo, este desconocimiento constituye en sí mismo un hallazgo: si casi la mitad de los pacientes con diagnóstico confirmado no conoce sus niveles de glucosa, el seguimiento clínico presenta deficiencias que trascienden la responsabilidad individual.

CONCLUSIONES

El estudio documenta un pluralismo médico activo en las comunidades indígenas de Ahuacatlán, donde el uso de plantas medicinales coexiste con el tratamiento biomédico sin que exista comunicación entre ambos sistemas. Esta coexistencia silenciosa representa tanto un riesgo (por posibles interacciones farmacológicas no detectadas) como una oportunidad (por el potencial de construir modelos de atención culturalmente pertinentes).

Los determinantes económicos mostraron mayor peso que los culturales en el abandono del tratamiento, lo que sugiere que las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica deben priorizar el acceso material a los medicamentos antes que la modificación de creencias. La enfermería comunitaria, por su

cercanía con las comunidades y su formación en el cuidado integral, se encuentra en una posición estratégica para tender puentes entre ambos sistemas de conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal del Hospital Comunitario de Ahuacatlán por las facilidades otorgadas para la realización del trabajo de campo, y de manera especial a las y los participantes que compartieron su tiempo y su experiencia con esta investigación.

CUMPLIMIENTO EDITORIAL

La autora declara que el presente manuscrito es original e inédito, que no ha sido enviado simultáneamente a otra publicación y que no existe conflicto de intereses en relación con esta investigación.

REFERENCIAS

- Bañuelos Flores, N., Haro Encinas, J. A., & Sandoval Godoy, S. A. (2022). Prácticas terapéuticas para la diabetes mellitus tipo 2 en comunidades yoreme/mayo de Sonora, México. *Región y Sociedad*, 34, e1583. <https://doi.org/10.22198/rys2022/34/1583>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65(supl 1), s163–s168. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Buichía-Sombra, F. G., Miranda-Félix, P. E., & Guerra-Ochoa, C. E. (2020). Determinantes sociales de la salud y su relación con el control glucémico en adultos con diabetes tipo 2. *SANUS*, 5(16), 1–13. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.174>
- Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Nieto, C., Hernández-Barrera, L., Barquera, S., & Rivera-Dommarco, J. (2025). Prevalencia de diabetes en adultos mexicanos: Ensanut Continua 2021–2024. *Salud Pública de México*, 67(2), 121–130. <https://doi.org/10.21149/16135>
- Dirección General de Epidemiología. (2025). Anuario de morbilidad 2024. Secretaría de Salud, Gobierno de México. <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Bannuru, R. R., Bruemmer, D., Collins, B. S., Ekhlaspour, L., Gaglia, J. L., Hilliard, M. E., Johnson, E. L., Khunti, K., Lingvay, I., Matfin, G., McCoy, R. G., Perry, M. L., Pilla, S. J., Polsky, S., Prahalad, P., Pratley, R. E., Segal, A. R., ... Gabbay, R. A. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(supl 1), S1–S321. <https://doi.org/10.2337/dc24-Sint>
- Federación Internacional de Diabetes. (2025). IDF Diabetes Atlas 2025 (11.ª ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Genitsaridi, I., Ogurtsova, K., Karuranga, S., Magliano, D. J., Boyko, E. J., & Sun, H. (2026). Global, regional, and national burden of diabetes in adults: Estimates and projections from the IDF Diabetes Atlas, 11th edition. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 14(1), 12–24. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00301-4)
- Llagua Sillo, M. C., & Jiménez Ayala, T. M. (2023). Conocimiento sobre fitoterapia en pacientes diabéticos. *Revista Científica Higía de la Salud*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.37117/higia.v8i1.784>
- López Nicolás, A., Ortiz Mejía, C. A., & Vásquez Aquino, J. E. (2023). Uso de plantas medicinales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(2), 45–56.
- Menéndez, E. L. (2023). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 19, e4386. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4386>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). WHO traditional medicine strategy 2025–2034. <https://www.who.int/publications/item/9789240104198>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Salud de los pueblos indígenas. <https://www.paho.org/es/temas/salud-pueblos-indigenas>
- Sriraman, S., Sreejith, D., & Andrade, C. (2024). Herb–drug interactions in patients with diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 15(3), 100921. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2024.100921>